

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Relatório de Estágio

A promoção do exercício físico na pessoa idosa: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Exercise Promotion in older adults: Rehabilitation Specialist Nurse intervention

Cláudia Sofia de Matos Santos

Almada

2024

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Relatório de Estágio

A promoção do exercício físico na pessoa idosa: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Exercise Promotion in older adults: Rehabilitation Specialist Nurse intervention

Cláudia Sofia de Matos Santos

Professor Doutor Júlio Belo Fernandes

Almada

2024

Não contempla as alterações resultantes das provas de discussão
pública

“A expressão da minha humanidade dentro da própria humanidade comporta esta exigência, a exigência da vigilância a fim de me manter vigilante e de agir, por meu lado, do lugar que ocupo e frequentemente da forma mais modesta, para que a minha voz, mesmo que não se faça ouvir, não seja silenciada perante o inaceitável”.

Walter Hesbeen

Dedico este trabalho aos meus pais, Fernanda e Carlos; aos meus tios, Laura e José; à minha sogra, Elisete, e principalmente ao meu marido Pedro e ao meu filho João. Sem o vosso apoio, amor e dedicação, estes dois anos de aventura não teriam sido possíveis.

AGRADECIMENTOS

O desenvolvimento deste trabalho só foi possível graças à contribuição preciosa das pessoas magníficas que me rodeiam, às quais sou eternamente grata.

Em primeiro lugar quero expressar o meu mais sincero agradecimento ao Professor Doutor Júlio Belo Fernandes pela sua disponibilidade, partilha de conhecimento e orientação. A partilha de saber e reflexão foram essenciais para a construção do presente trabalho e para o meu desenvolvimento profissional.

Agradeço também a todas as EEER que me orientaram ao longo dos diversos estágios, o vosso empenho, disponibilidade e conhecimento foi de extrema relevância para este processo de aprendizagem, permitindo o meu desenvolvimento, não só profissional, mas também pessoal.

Deixo também uma palavra de agradecimento a todos as pessoas nas quais intervimos, pela sua colaboração e dedicação, permitindo a realização deste trabalho.

A todos os professores do curso de mestrado em enfermagem de reabilitação da Escola Superior de Saúde Egas Moniz pela forma como passaram o vosso conhecimento, ajudando-me a construir bases essenciais para a jornada que sucedeu.

Aos meus colegas de mestrado, pelo companheirismo e carinho, e especialmente à minha colega e grande amiga Joana Mestre, sem a qual dificilmente teria coragem para ingressar nesta aventura.

Aos meus colegas do serviço de medicina I do Hospital Garcia de Orta, bem como às senhoras enfermeiras em função de gestão, por terem ajudado no que foi possível relativamente à gestão de horários, e pelo apoio e compreensão que demonstraram.

Aos meus pais, tios e à minha sogra, por todo o carinho e apoio que me têm dado ao longo da vida, nada seria possível sem vocês.

À minha irmã Ana que está longe, mas perto, por todas as conversas e por todo o tempo que não tivemos oportunidade de desfrutar, obrigada pela compreensão e amor.

Ao Pedro e ao João, os meus grandes amores, que foram obrigados a dispensar muitas vezes o seu tempo em família, mas que foram sempre o meu maior apoio nas horas mais difíceis, pelo seu amor e carinho. Amo-vos muito e sou grata de vos ter na minha vida todos os dias.

Por último, mas não menos importante, agradeço a Deus por todos os dons da minha vida e pela força e coragem que me dá, permitindo-me enfrentar todos os desafios com o coração leve.

Os meus sinceros agradecimentos a todos.

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho acadêmico e confirmo não ter recorrido à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações em nenhuma das etapas conducentes à sua elaboração.

Mais declaro que tenho conhecimento e que respeitei o Código de Conduta Ética da Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

LISTA DE SIGLAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD - Atividades de Vida Diária

DGS - Direção Geral de Saúde

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

INE - Instituto Nacional de Estatística

OE - Ordem dos Enfermeiros

RFM - Reeducação Funcional Motora

RFR - Reeducação Funcional Respiratória

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCCI - Unidade de Cuidados Continuados Integrados

UN - United Nations

WHO - World Health Organization

RESUMO

A obtenção do grau de Mestre e do título de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, requer o desenvolvimento das competências preconizadas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de ensino e das competências expostas em regulamento da especialidade.

Iniciou-se este percurso com a escolha da área de interesse a desenvolver, e neste sentido foi selecionada a temática da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na promoção do exercício físico na pessoa idosa. Seguiu-se a realização de um projeto de estágio no qual foram delineados os objetivos e as atividades a desenvolver.

As últimas décadas têm sido caracterizadas por profundas alterações demográficas, determinadas especialmente pelo aumento da longevidade e pela redução da natalidade. A promoção do envelhecimento ativo e saudável poderá ser a resposta aos desafios provocados pelo envelhecimento da população. A promoção de exercício físico na pessoa idosa constitui uma área de intervenção autónoma do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, e a sua atuação nesta área poderá ter efeitos importantes para a sociedade.

De forma a suportar a intervenção durante o estágio selecionou-se a Teoria das Consequências Funcionais desenvolvida por Carol Miller, que tem como pressuposto a intervenção do enfermeiro nos efeitos negativos das alterações relacionadas com o envelhecimento e nos fatores de risco, promovendo consequências funcionais positivas, possibilitando que a pessoa alcance a melhoria da funcionalidade, qualidade de vida e sensação de bem-estar.

Com a realização deste relatório pretendeu-se descrever, analisar e refletir sobre as competências desenvolvidas ao longo do percurso realizado em estágio, tendo por base as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros para a atribuição do título profissional de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e também a sua articulação com os descritores de Dublin para o 2º ciclo de ensino com vista a obtenção do grau de Mestre.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação; Pessoa Idosa; Envelhecimento ativo e saudável; Exercício físico.

ABSTRACT

Obtaining a Master's degree and the title of Rehabilitation Nurse Specialist requires developing the competencies outlined in the Dublin descriptors for the second cycle of education and the competencies specified by the Order of Nurses. This journey started by selecting the area of interest for development, focusing on the intervention of specialized nurses in rehabilitation nursing to promote physical exercise among older adults. This was followed by an internship project in which the objectives and activities to be developed were outlined.

The last few decades have been characterized by profound demographic changes, mainly due to an increase in longevity and a reduction in the birth rate. Promoting active and healthy aging could be the answer to the challenges posed by an aging population. Promoting physical exercise in older adults is an autonomous intervention for nurses specializing in rehabilitation nursing, and their work in this area could significantly affect society.

To support the intervention during the internship, the Theory of Functional Consequences developed by Carol Miller was selected as the basis for the nurse's intervention. This theory assumes that nurses intervene in the negative effects of age-related changes and risk factors, promoting positive functional consequences and enabling people to achieve improved functionality, quality of life, and a sense of well-being.

This report aims to describe, analyze, and reflect on the competencies developed throughout the internship, based on the competencies defined by the Order of Nurses for the award of the professional title of nurse specializing in rehabilitation nursing and their articulation with the Dublin descriptors for the 2nd cycle of teaching to obtain a Master's degree.

Keywords: Rehabilitation Nursing; Elderly; Active and Healthy Aging; Physical Exercise.

ÍNDICE GERAL

Introdução	12
1. Enquadramento teórico	14
1.1. Envelhecimento demográfico	14
1.2. Envelhecimento ativo e saudável	15
1.3. Promoção do exercício físico – benefícios para a pessoa idosa.....	16
1.4. Prescrição de exercício físico para a pessoa idosa.....	17
1.5. A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção do exercício físico na pessoa idosa	19
1.5.1. Educação para a saúde	20
1.5.2. Programas de exercício físico	21
1.5.3. Auto-regulação/capacitação.....	22
1.5.4. Monitorização e acompanhamento	23
1.6. Teoria das consequências funcionais.....	23
2. Desenvolvimento de competências	26
2.1. Competências comuns do enfermeiro especialista	26
2.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal	26
2.1.2. Melhoria contínua da qualidade	31
2.1.3. Gestão dos cuidados.....	34
2.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	37
2.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação	41
2.2.1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados	41
2.2.2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.....	48
2.2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa	53

Conclusão	58
Referências bibliográficas.....	61
Apêndices	68
Apêndice I – Protocolo de revisão scoping	
Apêndice II – Projeto de estágio/plano de atividades	
Apêndice III – Sessão de formação: Posicionar... Para não lesionar	
Apêndice IV – Poster: Posicionar... Para não lesionar	
Apêndice V – Poster cuidar em casa a pessoa com demência: dicas para uma comunicação eficaz	
Apêndice VI – Mini-guia cuidar em casa a pessoa com demência: dicas para uma comunicação eficaz	
Apêndice VII – Sessão de formação - cuidar de quem cuida: mecânica corporal no local de trabalho	
Apêndice VIII – Plano de sessão reabilitAR	
Apêndice IX – Poster reabilitAR	
Apêndice X – Plano de sessão exercitar em segurança: sessão de exercício físico em cadeira	
Apêndice XI – Estudo de caso: equipa de cuidados continuados integrados	
Apêndice XII – Estudo de caso: internamento hospitalar	
Apêndice XIII – Poster intervenções de promoção do exercício físico na pessoa idosa: revisão scoping	
Apêndice XIV – Prescrição de exercício com infografia	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Teoria das consequências funcionais	25
--	----

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi realizado no âmbito da unidade curricular de Estágio e Relatório, do 2º ano e 1º semestre do 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Egas Moniz, e tem como tema a promoção do exercício físico na pessoa idosa: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER). A escolha do tema deve-se à análise das áreas consideradas emergentes e prioritárias pela mesa do colégio de especialidade de Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015a). No documento aprovado em assembleia do colégio da especialidade de enfermagem de reabilitação, as intervenções autónomas do EEER na reabilitação motora e a promoção do envelhecimento ativo constituem-se como áreas de investigação consideradas emergentes e prioritárias para a especialidade de enfermagem de reabilitação (OE, 2015a). Acresce o facto do interesse pessoal pela área do exercício físico e pela promoção da funcionalidade da pessoa idosa, tendo em conta o meu contexto de trabalho e os objetivos profissionais, bem como a importância atual para a sociedade da promoção do envelhecimento ativo e saudável.

Com a realização deste relatório pretende-se descrever, analisar e refletir sobre as competências desenvolvidas ao longo do percurso realizado em estágio, tendo por base as competências definidas pela OE para a atribuição do título profissional de EEER, e também a sua articulação com os descritores de Dublin para o 2º ciclo de ensino com vista a obtenção do grau de Mestre. As unidades curriculares de Estágio e Estágio e Relatório decorreram de 15/05/2023 a 28/07/2023 e de 11/09/2023 a 14/01/2024, sendo estes os períodos a que o presente relatório se refere. Para a efetivação das unidades curriculares, foram realizados estágios em diferentes contextos: Unidade de cuidados na comunidade (UCC) em equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), hospital (serviço de reabilitação e ortopedia) e projeto de intervenção desenvolvido na UCC.

A realização de um relatório de estágio prende-se como essencial para o percurso académico. O relatório consiste na “exposição oral ou escrita, objetiva e minuciosa, de um assunto” (Porto Editora, 2024). A realização de um relatório de estágio constitui uma oportunidade de reflexão, essencial na formação do conhecimento, analisando o caminho percorrido e as oportunidades de crescimento (Andrade & Martins, 2017). A escrita destes documentos é essencial para a construção do conhecimento numa área profissional, já que a procura e análise do conhecimento disponível mediante a investigação, se alia à prática na vivência de situações concretas (Andrade & Martins, 2017).

As últimas décadas têm sido caracterizadas por profundas alterações demográficas, determinadas pelo aumento da longevidade e pela redução da natalidade. O aumento da população idosa tem fortes

implicações na sociedade exigindo adaptações em diversos níveis, especialmente ao nível dos sistemas de saúde (Grupo de Trabalho Interministerial, 2017). A promoção de um envelhecimento ativo e saudável poderá ser a resposta aos desafios que o envelhecimento da população acarreta, e a qualidade de vida prende-se como essencial para este envelhecimento ativo (Grupo de Trabalho Interministerial, 2017). Um envelhecimento ativo e saudável poderá ser alcançado através da prática regular de exercício físico, que tem demonstrado benefícios em diversos níveis (biológicos, funcionais e sociais), melhorando a qualidade de vida da pessoa idosa (Cipriano & Pereira, 2019). A promoção de exercício físico na pessoa idosa constitui uma área de intervenção autónoma do EEER, e a sua atuação poderá aumentar os níveis de atividade e participação da população apesar do envelhecimento.

De forma a suportar a intervenção durante o estágio, selecionou-se a Teoria das Consequências Funcionais. Miller (2012) considera que a interação entre as transformações normais decorrentes do envelhecimento e os fatores de risco tornam a pessoa idosa mais vulnerável, dando origem a consequências funcionais negativas, que afetam a sua funcionalidade e a qualidade de vida. A intervenção do EEER deverá atenuar os efeitos negativos das alterações relacionadas com o envelhecimento e minimizar ou eliminar fatores de risco, promovendo consequências funcionais positivas (Miller, 2012).

Para o desenvolvimento de competências comuns e específicas de EEER ao longo dos diferentes estágios, foram traçados objetivos gerais e específicos. Como objetivos gerais delineou-se: desenvolver competências do EEER na otimização/reeducação das funções motora, sensorial, cognitiva, cardíaca, respiratória, da eliminação e da sexualidade; e desenvolver competências específicas de intervenção do EEER na área da promoção do exercício físico na pessoa idosa.

Numa primeira fase do trabalho irá ser apresentado o enquadramento teórico, explorando a temática do envelhecimento demográfico, o conceito de envelhecimento ativo e saudável, o exercício físico e o papel do EEER na promoção do exercício físico na pessoa idosa, tendo por base a teoria das consequências funcionais. Numa segunda fase serão analisadas as competências desenvolvidas ao longo do estágio, tendo por base as competências comuns e específicas do EEER e os descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos. Posteriormente será exposta a conclusão, seguida das referências bibliográficas e dos apêndices.

O presente trabalho foi escrito tendo por base o novo acordo ortográfico e cumpre as normas de citação e referências bibliográficas da sétima edição da American Psychological Association.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O presente enquadramento irá explorar a temática do envelhecimento demográfico e da importância do envelhecimento ativo e saudável para a sociedade. De seguida, será realizada uma exposição sobre a promoção do exercício físico para a população idosa, a prescrição de exercício físico nesta população, bem como a intervenção do EEER na sua promoção. Por fim será apresentada a Teoria das Consequências Funcionais, relacionando-a com o tema do presente relatório, a intervenção do EEER na promoção do exercício físico na pessoa idosa.

1.1. ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

A nível mundial, tanto o número como a proporção de pessoas idosas está a aumentar. A World Health Organization (WHO) afirma que no ano de 2030, uma em cada seis pessoas no mundo terá 60 ou mais anos, sendo que a população nesta faixa etária irá aumentar de mil milhões em 2020 para mil e quatrocentos milhões em 2030. A tendência continuará a aumentar, sendo que a previsão da WHO para 2050, é que a população com idade igual ou superior a 60 anos duplique, com uma estimativa de dois mil milhões de pessoas em todo o mundo. Importa referir também que o número de pessoas com idade igual ou superior a 80 anos irá triplicar entre 2020 e 2050, chegando aos 426 milhões de pessoas (WHO, 2022).

Em Portugal o envelhecimento demográfico é também uma realidade, estimando-se que entre 2018 e 2080, se verifique um decréscimo de população, passando dos atuais 10,3 milhões para 8,2 milhões de pessoas. O número de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos irá sofrer um aumento de 2,2 milhões para 3 milhões, sendo que o índice de envelhecimento irá praticamente duplicar, passando de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2020).

Este envelhecimento demográfico pode constituir um risco para a sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde. O aumento da longevidade sem melhoria do estado de saúde da população, provocará um aumento na procura dos serviços de saúde, gerando custos elevados por um longo período de tempo, já que as novas tecnologias têm sido bem-sucedidas no impacto sobre a mortalidade, no entanto, o impacto não tem sido tão elevado na morbilidade. Por outro lado, na maioria dos países da União Europeia, os sistemas de saúde são em grande parte financiados pela segurança social, assim, menos pessoas contribuirão para o financiamento dos sistemas, numa altura em que a procura por cuidados de saúde irá aumentar (European Commission, 2021). Esta mudança demográfica irá acontecer

e para ser planeada da melhor forma, são necessárias adaptações à estrutura das sociedades, tornando-se essencial trabalhar para tornar o mundo mais acolhedor para as pessoas idosas (WHO, 2015).

1.2. ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL

Envelhecer faz parte do percurso normal da vida, portanto, envelhecer de forma ativa e saudável é do interesse de todos, mesmo para aqueles que não sofrem de nenhuma patologia. Todos deveriam ter a oportunidade de viver uma vida longa e saudável, no entanto, o ambiente no qual cada um se insere pode favorecer ou prejudicar esse propósito (WHO & United Nations [UN], 2017).

Mendes (2021, p.5) defende que “é necessário assegurar que os anos de vida conquistados possam ser usufruídos com qualidade de vida”. A autora relembra que o investimento na melhoria de condições de vida da população, como por exemplo o investimento na melhoria de condições sanitárias, foi essencial para o aumento significativo da esperança média de vida, pelo que atualmente, o desafio que se impõe à sociedade, é o de responder de forma adequada às necessidades da população mais idosa, tanto a nível social como de saúde (Mendes, 2021).

O conceito de envelhecimento saudável prende-se com o desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional ao longo do envelhecimento, permitindo a obtenção de qualidade de vida e bem-estar em idade avançada (WHO & UN, 2017), sendo que a saúde corresponde ao bem-estar físico, mental e social do indivíduo (WHO, 2002) e a capacidade funcional resulta da interação das capacidades intrínsecas da pessoa com o meio envolvente (WHO & UN, 2017). Já o conceito de envelhecimento ativo, adotado pela WHO nos anos 90, constitui-se como forma de otimizar oportunidades para a saúde, participação e segurança da população, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida ao longo do processo de envelhecimento (WHO, 2002). Importa referir que o conceito “ativo”, é segundo a WHO, mais complexo do que manter-se fisicamente ativo ou capaz de participar na vida laboral, referindo-se à participação contínua ao longo da vida em matérias sociais, económicas, culturais, espirituais e cívicas (WHO, 2002). Neste conceito abrangente, as pessoas idosas que já se encontram reformadas, que sofrem de alguma patologia ou aquelas que apresentam algum tipo de incapacidade, mas que permanecem ativas, mantêm a sua contribuição valiosa para as famílias, pares e sociedade (WHO, 2002).

Torna-se essencial que as pessoas idosas mantenham a autonomia e independência funcional de forma a assegurarem a gestão das suas atividades, sejam elas trabalho, lazer e/ou interação social, existindo ou não comorbilidades (Baixinho et al., 2021). As pessoas que envelhecem de forma ativa e saudável continuam a ser parte integrante das famílias e sociedade, podendo inclusive fortalecê-la, no entanto, o envelhecimento demográfico pode trazer implicações negativas, já que um envelhecimento

acompanhado por um pobre investimento em saúde, manifesta-se em comorbilidades, isolamento social e dependência (WHO, 2015).

O investimento em saúde durante o processo de envelhecimento acrescenta vida aos anos, e o aumento da longevidade pode trazer oportunidades importantes para o desenvolvimento das sociedades atuais, no entanto, estas oportunidades dependerão sempre da força do envelhecimento ativo e saudável (WHO & UN, 2017). Torna-se essencial mudar o paradigma da saúde como ausência de doença, fomentando a funcionalidade que permite à população idosa continuar a dar à sociedade o seu valioso contributo (WHO & UN, 2017).

1.3. PROMOÇÃO DO EXERCÍCIO FÍSICO – BENEFÍCIOS PARA A PESSOA IDOSA

O custo da inatividade física é bastante elevado. Estima-se que entre 2020 e 2030, ocorram cerca de 500 milhões de novos casos de doenças não transmissíveis evitáveis, sendo que cerca de 47% destes novos casos serão resultado de hipertensão arterial e cerca de 43% de depressão. Os países desenvolvidos sofrerão o maior impacto, com 70% dos gastos em saúde a serem alocados no tratamento de doenças decorrentes da inatividade física (Direção-Geral de Saúde [DGS], 2022).

A WHO (2018) elaborou um plano global de ação para a atividade física (*Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world*) e embora alguns países tenham implementado parte das políticas recomendadas, a implementação tem sido lenta e desigual, especialmente o acesso às oportunidades e ambientes impulsionadores da prática de exercício físico regular e seguro. A promoção do exercício físico é complexa, sendo necessários recursos, formação de profissionais e organização de serviços, bem como a criação de ambientes promotores de exercício físico próximos e acessíveis à população (DGS, 2016).

Em Portugal, a promoção da atividade física, constitui um dos doze programas de saúde prioritários desenvolvidos pela DGS (XXI Governo Constitucional, 2016). O Programa nacional para a promoção da atividade física, através da estratégia nacional para a promoção da atividade física, saúde e bem-estar, pretende reduzir o sedentarismo e promover um estilo de vida saudável através do exercício físico, o qual encara como medida terapêutica de extrema relevância na prevenção e/ou manutenção das doenças crónicas não transmissíveis (DGS, 2016).

Atividade física define-se como qualquer movimento corporal produzido por músculos esqueléticos que requeira gasto de energia (WHO, 2018). Refere-se a todo o movimento que a pessoa realiza nas suas deslocações diárias, atividade em meio laboral, atividades domésticas e inclui também a

prática de exercício físico (XXI Governo Constitucional, 2017). Entende-se por exercício físico “toda a atividade física que é programada, organizada numa sessão ou num programa de sessões, estruturada de acordo com critérios previamente definidos de tipo, intensidade, duração, frequência/intervalo, progressão e modo de execução e realizada com vista a atingir objetivos específicos e previamente definidos” (XXI Governo Constitucional, 2017, p. 22878).

O envelhecimento não ocorre de forma uniforme na população, portanto, indivíduos com a mesma idade cronológica, apresentam grandes diferenças na resposta ao exercício físico. É difícil distinguir os efeitos normais do envelhecimento dos efeitos associados a doenças. Assim, a saúde e a funcionalidade constituem-se como melhores indicadores para a realização de exercício físico do que a idade cronológica em si (Liguori et al., 2021).

A evidência mostra que a prática de exercício físico atrasa as mudanças e otimiza as alterações de composição corporal relacionadas com a idade, promove o bem-estar psicológico, reduz o risco de incapacidade física e aumenta a longevidade (Liguori et al., 2021). Para além disso, o papel do exercício físico na prevenção e manutenção de doenças relacionadas com a idade é cada vez mais evidente. A prática regular de exercício físico é importante na prevenção e tratamento de doenças cardiovasculares, diabetes *mellitus*, obesidade, entre outras, é benéfico para a saúde mental e também para a qualidade de vida dos indivíduos (Izquierdo et al., 2021). Os mesmos autores realçam também a importância da combinação de treinos de equilíbrio e resistência na redução do número de quedas, assumindo a prática de exercício físico como a intervenção mais eficaz para este fim.

1.4. PRESCRIÇÃO DE EXERCÍCIO FÍSICO PARA A PESSOA IDOSA

Com o envelhecimento ocorre naturalmente uma deterioração da função fisiológica, sendo esta deterioração potenciada pelo sedentarismo (Kenney et al., 2015). O aumento da massa muscular e a otimização da capacidade cardiorrespiratória, por exemplo, são importantes para a manutenção e melhoria da capacidade funcional. A prática de exercício físico em espaços com supervisão profissional e compatíveis com as preferências de cada um, favorece a interação social quando realizada em grupo, melhorando a capacidade física da pessoa idosa, mas também a sua saúde mental. A existência de comorbilidades podem levar a algumas limitações e/ou necessidades específicas, no entanto, não são inibitórias da realização de exercício, desde que adaptado ao individuo (Baixinho et al., 2021).

Apesar dos benefícios amplamente conhecidos da prática de exercício físico, o sedentarismo continua a ser uma pandemia global, contribuindo para a mortalidade prematura (Liguori et al., 2022). A população idosa é a menos ativa de todos os grupos, com apenas cerca de 12% das pessoas com idade

superior a 65 anos envolvidas em atividades aeróbias e de força muscular que vão ao encontro das *guidelines* internacionais, sendo que apenas 5% da população com idade superior a 85 anos cumpre o estabelecido pelas mesmas *guidelines* (Liguori et al., 2022).

A população idosa parece obter os mesmos benefícios com a realização de exercício físico que os adultos, como a manutenção do peso corporal, a diminuição de massa gorda e o aumento de massa magra. Assim, envelhecer não parece impedir a capacidade de aumentar a força muscular ou a hipertrofia muscular (Kenney et al., 2015). Os exercícios de resistência produzem também ganhos similares em pessoas saudáveis, independentemente da idade, sexo ou preparação física (Kenney et al., 2015).

Uma correta prescrição de exercício deve contemplar vários componentes, como exercícios cardiorrespiratórios (aeróbios), exercícios musculares, exercícios de mobilidade e flexibilidade e composição corporal. Deve também ter em vista a melhoria de pelo menos um componente de saúde e incluir no plano a diminuição de períodos de inatividade (Liguori et al., 2022).

O princípio FITT (Frequência, Intensidade, Tempo e Tipo) para a prescrição de exercício físico, constitui-se como ferramenta eficaz, baseada em evidência científica, considerando a fisiologia, a psicologia e os benefícios do exercício físico para a saúde. Algumas pessoas podem não responder como esperado, considerando a variabilidade individual de cada um aos programas de exercício físico. Para além disso, é necessário considerar que o princípio FITT pode não ser aplicável em algumas situações devido a características individuais (físicas, de saúde, idade...) ou até mesmo pela capacidade atlética e objetivos de treino (Liguori et al., 2022).

Um programa de treino deve contemplar o aquecimento, o treino de condicionamento e terminar com o relaxamento, já que a redução gradual de esforço torna-se particularmente importante em pessoas idosas com patologia cardíaca (Liguori et al., 2022). Cada sessão deve ser desenhada com um objetivo definido (Liguori et al., 2022) e os exercícios de flexibilidade devem ser incorporados, antes ou depois do condicionamento, de forma a promover amplitude de movimento e melhorar a coordenação, facilitando dessa forma atividades de vida diária (AVD) como por exemplo vestir e entrar e sair de um automóvel (Physical Activity Guidelines Advisory Committee, 2018).

Para a população idosa, a WHO (2020) recomenda a realização de pelo menos 150 a 300 minutos semanais de exercícios aeróbios de moderada intensidade, ou 75 a 150 minutos de intensidade elevada, ou uma combinação equivalente de exercícios moderados e elevados durante a semana. É também recomendada a prática de exercício de fortalecimento muscular (moderado ou intenso) que envolva todos os grandes grupos musculares em pelo menos dois dias da semana. O mesmo documento relembra que os adultos e os idosos devem limitar o tempo de inatividade (sedentarismo), devendo

substituí-lo por atividades mesmo de baixa intensidade e ter sempre o objetivo de realizar mais tempo de exercício do que o recomendado (WHO, 2020). É ainda aconselhada a realização semanal de exercícios que promovam o equilíbrio e a força, pelo menos 3 vezes por semana, de forma a melhorar a capacidade funcional e prevenir a ocorrência de quedas (WHO, 2020).

A baixa capacidade aeróbia e a fraqueza muscular são mais comuns na população idosa do que nas restantes faixas etárias, contribuindo para o aumento da dependência (Liguori et al., 2022). Existe evidência que os programas que contemplam diversos componentes (exercícios aeróbios, treino de resistência, treino de equilíbrio e flexibilidade), melhoraram a funcionalidade na população idosa saudável, bem como na população idosa com doenças crónicas, mostrando-se mais eficazes que os programas de apenas um componente (Physical Activity Guidelines Advisory Committee, 2018).

Os exercícios que podem ser incorporados na rotina diária, de forma estruturada, podem constituir programas importantes para a adesão ao exercício físico na população idosa (Liguori et al., 2022). Trocar o elevador pelas escadas, estar apenas em uma perna enquanto se lavam os pratos ou sentar devagar sem a ajuda dos braços, são exemplos da incorporação de exercício aeróbico, equilíbrio e de fortalecimento muscular nas atividades diárias (Izquierdo et al., 2021).

Devem também considerar-se a importância do apoio social, da capacitação da pessoa idosa, da sensação de segurança e da educação para a saúde de forma a fornecer ferramentas para a realização de escolhas saudáveis, aumentando o compromisso da pessoa idosa com o programa de exercício físico (Liguori et al., 2022). O *feedback* regular e o reforço positivo por parte do profissional que prescreve e acompanha o programa de exercícios, é essencial como estratégia para a adesão aos programas (Liguori et al., 2022).

A prescrição do exercício físico varia consoante a avaliação das condições de saúde de cada indivíduo, sendo importante que esta seja ajustada à capacidade, interesses, necessidades e recursos que cada um dispõe para uma prática regular (Cipriano & Pereira, 2019).

1.5. A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DO EXERCÍCIO FÍSICO NA PESSOA IDOSA

Os profissionais de saúde, particularmente os EEER, têm um papel essencial na educação da pessoa e dos seus pares, na orientação, na liderança e na responsabilidade de interpretar, disseminar e realizar investigação relevante para o avanço e melhoria contínua da prática de enfermagem, pelo que, o

envelhecimento ativo e saudável e a promoção do exercício físico na população idosa poderá e deverá ser uma das áreas da sua intervenção (OE, 2019a).

Mais concretamente na área da reabilitação, em 2015, a mesa do colégio de especialidade de Enfermagem de Reabilitação da OE, de forma a promover investigação e desenvolvimento da disciplina, enunciou as áreas prioritárias de investigação para esta especialidade, nas quais se encontram as intervenções autónomas do EEER na reabilitação motora e a temática do envelhecimento ativo (OE, 2015a).

O regulamento das competências específicas do EEER, declara que "a reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência" (OE, 2019b, p. 13565). O mesmo regulamento atribui ao EEER a conceção de programas de treino, tanto motor como cardíaco e respiratório, tendo por base a melhor evidência científica.

Apesar das recomendações, continuam a registar-se níveis insuficientes de exercício físico na população mundial, sendo a população idosa o grupo menos ativo (Sansano-Nadal et al., 2019). Neste sentido, foi realizada uma revisão *scoping* com o objetivo de identificar na literatura intervenções promotoras do exercício físico na pessoa idosa (Apêndice I). Foram extraídas diversas intervenções, as quais foram agrupadas em 4 categorias principais: educação para a saúde; programas de exercício físico; auto-regulação/capacitação e monitorização e acompanhamento.

1.5.1. Educação para a saúde

Relativamente a intervenções na área da educação para a saúde, Lima et al. (2017) desenvolveram um programa de intervenção aplicado no domicílio. A sessão educativa focou o exercício físico e foi complementada com a distribuição de material de apoio. Na sessão eram também realizadas demonstrações de exercícios com objetos encontrados facilmente no domicílio com o propósito de incentivar o exercício físico em qualquer local. Os autores referem que as visitas atuaram como estratégia eficaz de promoção de exercício físico, favorecendo o envolvimento das pessoas idosas e familiares, com a oportunidade de esclarecimento de dúvidas.

Bardach et al. (2016), num estudo realizado com 104 participantes entre os 65 e os 95 anos, identificaram que 64,7% não demonstravam cumprir as *guidelines* da WHO relativamente à prática de exercício físico. Estes investigadores não identificaram falta de conhecimento relativamente aos benefícios da realização do exercício físico, pelo que a baixa participação em atividades físicas se deverá a outros fatores tais como a perceção da idade, os motivos pessoais e a perceção de confiança na

capacidade de mudança de hábitos. Os autores consideram importante o desenvolvimento de uma visão de saúde atingível, contrariando os estereótipos negativos que a sociedade tem da pessoa idosa e do envelhecimento.

O discurso positivo à volta do envelhecimento torna-se particularmente importante na área da saúde, onde a doença é mais visível do que a saúde (Bardach et al., 2016). Este fenómeno é confirmado pelo estudo de Koeneman et al. (2017), que expôs o grupo de intervenção a imagens e textos de pessoas idosas ativas, enquanto o grupo de controlo foi exposto a imagens e texto de pares sedentários. Os autores encontraram efeitos positivos na intenção de ingressar em atividades de exercício físico, especialmente por parte do grupo que foi exposto a imagens de envelhecimento saudável.

O estudo realizado por Bethancourt et al. (2014) refere que as características do instrutor do programa de exercício físico pode atuar como barreira à adesão e manutenção de programas de exercício: aconselhamento não solicitado ou falta de diretrizes e instrutores demasiado agressivos que exijam demais dos participantes.

Surge também nos artigos selecionados o conceito de literacia física, que se define como motivação, confiança, competência física, conhecimento e compreensão do valor de ter a responsabilidade de se comprometer com a prática do exercício físico (Jones et al., 2018). Os autores afirmam que a pessoa deve ser exposta a literacia física, emergindo esta como estratégia na promoção de participação em exercício físico de forma ativa. O modelo proposto considera fatores intrapessoais, interpessoais, organizacionais, comunidade e políticas (Jones et al., 2018).

1.5.2. Programas de exercício físico

No âmbito da aplicação de programas de exercício físico, Bethancourt et al. (2014), identificaram que 65% dos participantes afirmaram preferir aulas de exercício físico com pessoas da mesma idade. Apesar de muitos participantes terem expressado a sua preferência por atividades individuais, a maioria referiu que as atividades de grupo e a interação social são fortes motivadores no envolvimento com a prática de exercício físico regular. O estudo de Cohen-Mansfield e Sommerstein (2019) destaca igualmente a importância do envolvimento dos pares na promoção de exercício físico, afirmando que os programas de exercício físico em grupo, promovidos por pares, são fomentadores de adesão na população idosa.

Bethancourt et al. (2014) mencionam que as questões geracionais podem constituir uma barreira à prática de exercício físico, já que muitos idosos referem nunca ter contactado com ginásios em outras etapas da vida. Para os que não gostam efetivamente de praticar exercício físico pelo tipo de exercício, os

autores referem que é importante dar a conhecer a prática de exercício através das AVD, como o caminhar para realizar tarefas do dia a dia, encontrando formas de atingir níveis de atividade física ideais.

No estudo realizado por Broekhuizen et al. (2016), os participantes tiveram acesso a um treino interativo, com objetivos personalizáveis e *feedback*. Segundo os autores, o grupo de intervenção apresentou um aumento de 10% no nível de atividade física ao longo das 12 semanas. Chia et al. (2023) utilizaram tecnologia no seu estudo, no qual 120 idosos foram convidados a realizar caminhadas programadas em grupo, durante 8 semanas, com a utilização de uma pulseira de atividade. Após a intervenção, o número de passos, a distância percorrida e o consumo de calorias aumentou.

A aplicação da tecnologia na realização de programas de exercício físico na população idosa está também demonstrada no estudo de Kang et al. (2017), que forneceram uma aplicação de telemóvel a uma amostra da população idosa. Os participantes aumentaram os seus níveis de atividade física através da música fornecida pela aplicação durante a realização de exercício. Também Kleinke et al. (2021), através de uma intervenção com base em dados da utilização de um acelerómetro, concluíram que os participantes que receberam *feedback* personalizado por email relativamente à atividade física realizada, após 6 meses de intervenção, mostraram melhoria na prática de exercício físico.

Boulton et al. (2018) destacam que para os participantes do seu estudo, conhecer pessoas novas, socializar e combater a solidão, foram apontados como promotores da realização de exercício físico, mais do que a própria atividade em si. Alguns dos participantes, por outro lado, alertaram para o facto de que entrar numa sala cheia de estranhos poderá constituir uma barreira à adesão de programas de exercício físico. Os autores focam também a necessidade de desenvolver programas acessíveis, flexíveis e adaptáveis a todos. McKay et al. (2018) demonstraram que um modelo de promoção de exercício físico baseado em parcerias, pode melhorar os níveis de atividade física, mobilidade e bem-estar social da população idosa.

1.5.3. Auto-regulação/capacitação

Harada (2022) selecionou 393 participantes, aos quais forneceu materiais de apoio uma vez por semana (impressos e via email) sobre exercício físico e promoção de saúde, bem como um formulário a ser preenchido com técnicas de auto-regulação. No final da semana foram realizadas atividades na comunidade, oferecidas por profissionais de saúde. O estudo concluiu que intervenções de promoção de auto-regulação podem facilitar a adesão a hábitos regulares de exercício físico.

Irvine et al. (2013) aplicaram uma intervenção de exercício físico *on-line*, utilizando mensagens interativas, permitindo a personalização de objetivos e clarificando atividades, de forma que os participantes pudessem usufruir de um plano de exercícios individualizado. Os resultados indicaram que

a intervenção teve um impacto positivo na melhoria de atividade física nas pessoas idosas sedentárias, e foi bem recebida pelos participantes.

No estudo de Yamashita et al. (2023), foram considerados e analisados os desejos e objetivos de reabilitação de uma população de 201 participantes, de acordo com as fragilidades de cada indivíduo, num contexto de cuidados de longa duração. Cerca de 90% dos utilizadores do espaço apresentavam fragilidades em pelo menos um domínio. Os autores concluíram que a maioria da população estudada, cerca de 87.6% dos indivíduos, estabeleceu os seus objetivos de reabilitação em mobilidade e participação social.

1.5.4. Monitorização e acompanhamento

Cohen-Mansfield e Sommerstein (2019) aplicaram um programa de exercício físico em participantes moradores numa residência para pessoas idosas, durante 9 semanas. Os participantes do grupo de controlo tiveram acesso ao programa de exercícios, materiais de apoio e informações para contato. O grupo de intervenção teve acesso ao mesmo programa suplementado por reuniões de acompanhamento em grupo. A adesão ao programa de exercícios foi de 70% no grupo de intervenção e de apenas 37% no grupo de controlo. Os resultados demonstram que o acompanhamento tem potencial para a promoção da adesão ao exercício físico nesta população.

Segundo Bethancourt et al. (2014), a pessoa idosa beneficia em ter cuidadores preparados, proativos, com conhecimento e recursos para oferecer aconselhamento, suporte e *follow-up*. Receber suporte profissional individualizado e orientações sobre como praticar exercício de forma segura promove a adesão a programas de exercício físico. Esta afirmação é suportada também por Bardach et al. (2016), que no seu estudo sublinham a importância da monitorização e *feedback* para promover o exercício físico na população idosa.

Davodi et al. (2023), numa amostra de 60 idosos, em que o grupo de intervenção recebeu ações de promoção de saúde (após as quais eram monitorizadas via telefone para esclarecimento de dúvidas e sugestões), referiu um efeito positivo e significativo ao nível do conhecimento dos participantes sobre o envelhecimento ativo e saudável.

1.6. TEORIA DAS CONSEQUÊNCIAS FUNCIONAIS

Tendo em conta a problemática do envelhecimento demográfico e a necessidade de promoção de exercício físico na pessoa idosa, torna-se pertinente aplicar a teoria das consequências funcionais desenvolvida por Carol Miller. Desde a sua conceção, a teoria das consequências funcionais tem dado

ênfase ao papel essencial dos enfermeiros na promoção da funcionalidade, qualidade de vida e bem-estar da população idosa, acrescentando vida aos anos, para além de anos à vida (Miller, 2012).

Miller (2012) apresenta como premissas da sua teoria, a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa enquanto ser biopsicossocial e espiritual, e a consideração de que existem alterações relacionadas com a idade e que estas são inevitáveis, no entanto, muitos dos problemas que afetam a população idosa estão relacionados com fatores de risco modificáveis, pelo que a intervenção do EEER deverá assentar na minimização das consequências funcionais negativas, promovendo o bem-estar da pessoa idosa (transformar as consequências funcionais negativas em consequências funcionais positivas). As consequências funcionais constituem os efeitos observáveis de ações, fatores de risco e mudanças relacionadas com a idade que influenciam a qualidade de vida e as AVD. Estas consequências são negativas quando interferem com a funcionalidade, e são positivas quando a facilitam e permitem que a pessoa se mantenha independente na realização das AVD (Miller, 2012).

O conceito de pessoa é definido por Miller (2012) como um indivíduo complexo e único cuja funcionalidade e bem-estar são influenciados por mudanças relacionadas com a idade e fatores de risco. Quando a pessoa se torna dependente no autocuidado devido a fatores de risco, o foco da intervenção do EEER deve englobar o cuidador.

A saúde constitui-se como funcionalidade, maximizando a capacidade apesar das alterações normais decorrentes da idade e dos fatores de risco presentes. O ênfase não se encontra só na funcionalidade física, mas também em aspetos psicossociais e espirituais. Assim, a qualidade de vida e o bem-estar será definido por cada pessoa de forma individual e única (Miller, 2012). A melhoria da capacidade funcional da pessoa e a promoção da interação social através do exercício físico, por exemplo, promove a sua participação na sociedade e a qualidade de vida (existindo ou não comorbilidades associadas).

O conceito de ambiente inclui todos os fatores externos que influenciam o corpo, a mente, o espírito e a funcionalidade da pessoa (Miller, 2012). A família, o contexto económico e social, são muitas vezes determinantes nas escolhas que a pessoa faz e no estilo de vida experienciado. A inatividade e o isolamento social podem ser consequências do ambiente em que a pessoa se encontra inserida (Miller, 2012). A intervenção do EEER passa pela avaliação dos fatores que atuam sobre a pessoa (em toda a sua complexidade e singularidade) e que lhe poderão trazer consequências funcionais negativas, estabelecendo um plano de cuidados que atenuem ou elimine estas consequências e as transforme em consequências funcionais positivas (Figura 1). Considerando a inatividade como um fator de risco, a promoção do envelhecimento ativo e saudável poderá passar pela prática do exercício físico, que tem implicações importantes na funcionalidade e autonomia da pessoa idosa (Miller, 2012).

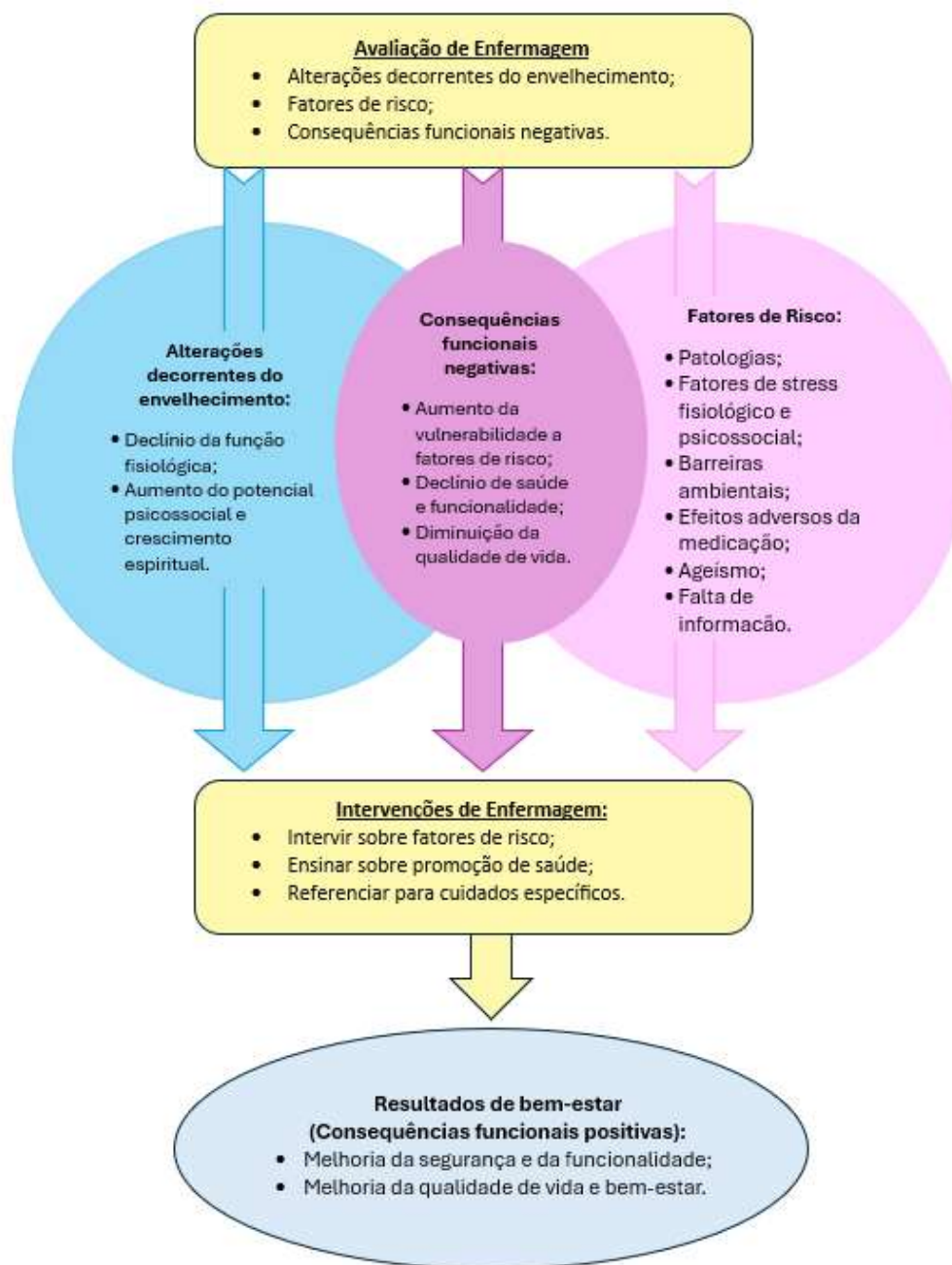


Figura 1 - Teoria das consequências funcionais para a promoção de bem-estar na pessoa idosa (adaptado de Miller, 2012, p. 38).

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

No presente capítulo será realizada uma análise e reflexão do desenvolvimento de competências ao longo do estágio, tendo por base os objetivos traçados em plano de atividades delineado no projeto de estágio (Apêndice II). Foram delineados os objetivos gerais: desenvolver competências no planeamento, realização e avaliação de intervenções específicas do EEER na otimização/reeducação das funções motora, sensorial, cognitiva, cardíaca, respiratória, da eliminação e da sexualidade; e desenvolver competências específicas de intervenção do EEER na área da promoção do exercício físico na pessoa idosa. Esta análise encontra-se em articulação com as competências definidas pela OE para a atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista, e relaciona-se também com as competências estabelecidas nos descritores de Dublin para o grau de Mestre (2º ciclo de estudos).

2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Segundo o regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019a), para a atribuição do título de enfermeiro especialista, é necessária, para além da aquisição das competências constantes nos regulamentos de cada uma das especialidades, a aquisição por parte dos enfermeiros, de um conjunto de competências transversais a todas as áreas de prestação de cuidados.

2.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

Ao longo do tempo, a profissão de Enfermagem tem sofrido diversas alterações tanto ao nível do seu significado, como da sua estrutura. Esta evolução resultou em modelos de enfermagem atuais que se desvinculam do modelo biomédico e elevam o conceito de cuidar (foco central da Enfermagem), que se desenvolve, através do suporte e da proteção da dignidade da pessoa (Queirós, 2001). A promoção da saúde, a qualidade de vida e a promoção de um ambiente humano e seguro, assumem-se com especial importância na prestação de cuidados de enfermagem. A necessidade dos enfermeiros se munirem para dar resposta a tais exigências, coloca “o pensamento ético na interface entre algo a que por vezes se chama a técnica dos cuidados de enfermagem e a componente relacional dos mesmos” (Queirós, 2001, p.18).

O facto de existirem vários percursos possíveis para solucionar um problema, visto não haver apenas uma solução, poderá ser motivo de desassossego, o que implica o exercício da deliberação ética.

A criatividade permanente é fundamental para ganhos em saúde numa prática de cuidados melhorada (Nora et al., 2016).

Considerando as competências 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 (A1) e garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2) do regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2019a), foram estipulados os objetivos específicos de desenvolver uma prática profissional sustentada em tomada de decisão ética de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, garantindo a proteção dos direitos humanos e de fomentar, na equipa, práticas de cuidados respeitando a segurança, a privacidade e a dignidade de cada pessoa.

A enfermagem de reabilitação encontra-se intimamente ligada à promoção da vida em populações que, de alguma forma, têm dificuldade em realizar AVD (Vasconcelos, 2021). Durante a prática clínica desenvolvida durante o estágio, procurou-se diminuir ou eliminar a dependência nas AVD, ou então, promover a adaptação à nova condição, tendo como objetivo o aumento da qualidade de vida e sensação de bem-estar. Durante essa prática teve-se sempre em mente que os princípios éticos, os valores e os deveres do EEER emergem da relação estabelecida com a pessoa que necessita dos cuidados de reabilitação, não sendo alterados pela sua condição de saúde (Vasconcelos, 2021).

Ao longo deste percurso, foi possível estabelecer uma parceria ativa de planeamento de cuidados, sempre com respeito pelas preferências, limitações e desejos da pessoa alvo de cuidados. A cada dificuldade, foram definidas estratégias em conjunto com a pessoa e cuidador/família, suportando as tomadas de decisão em evidência científica e experiência profissional.

Reporta-se por exemplo ao Sr. J.R., que após ter sido vítima de um Acidente Vascular Cerebral (AVC) apresentou como sequelas hemiplegia esquerda e negligência unilateral. Apesar de na literatura ser aconselhada a transferência do leito para a cadeira de rodas pelo lado plégico (maior dificuldade, mas com mais vantagens para a pessoa, como por exemplo a realização de carga no cotovelo do lado mais afetado, bem como a integração sensorial), este recusava por sentir mais facilidade e capacidade em realizar o levante pelo lado contrário. Em parceria com a EEER orientadora e o Sr. J.R., foi otimizado o plano de cuidados de reabilitação para a efetivação da atividade de levante e transferência segundo a sua preferência, incorporando os movimentos para reabilitação nas atividades terapêuticas e no treino de equilíbrio na posição sentado, compensando assim o facto de durante o levante não ser realizada carga no cotovelo, bem como a estimulação sensorial do lado mais afetado. Desta forma, respeitou-se a autonomia e dignidade da pessoa, estabelecendo uma relação de parceria que permitiu aumentar a autoestima e motivação sem prejuízo dos resultados em saúde. A participação na construção da tomada

de decisão em equipa foi de extrema importância e permitiu a seleção da resposta mais apropriada para a pessoa. A tomada de decisão, orientada pela deontologia profissional, foi partilhada também com a restante equipa de EEER e enfermeiros de cuidados gerais, de forma a que todos pudessem refletir e participar, garantindo uma prestação de cuidados individualizada, em respeito pela autonomia do Sr. J.R.. Ao longo do tempo foi possível observar os resultados positivos da intervenção, com o aumento significativo da participação do Sr. J.R. no seu programa de reabilitação.

Contemplado na declaração sobre bioética e direitos humanos, encontra-se como princípio fundamental o respeito pela dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais. Assim, os interesses e o bem-estar da pessoa, deverá sempre prevalecer sobre o interesse da ciência ou da sociedade (Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura [UNESCO], 2005), portanto, toda a intervenção do EEER deve garantir o respeito por este princípio.

O respeito pela dignidade da pessoa é um valor autónomo e específico, intrínseco aos seres humanos. O que caracteriza a pessoa, o que a dota de dignidade, é o facto de ser um fim em si mesma, constituindo uma realidade dinâmica e não uma condição fixa (OE, 2015b). A relação entre o EEER e a pessoa, numa perspetiva ética, regula-se por princípios e valores, sendo que a dignidade humana compõe a base da qual decorrem os outros princípios que têm de estar presentes (OE, 2015b). O princípio da dignidade humana, encontra-se intimamente ligado ao conceito de autonomia, que segundo Queirós (2001, p.57) consiste na capacidade de ser “o seu próprio legislador”, ou seja, a capacidade de tomar as suas decisões assumindo escolhas, e a capacidade de assumir os seus condicionalismos, apoiando-se neles para se desenvolver enquanto pessoa (Queirós, 2001). É essencial respeitar a autonomia da pessoa no que respeita à tomada de decisões, desde que a mesma assuma a responsabilidade e respeite também a autonomia dos outros. No caso das pessoas que por algum motivo se encontrem inibidas de exercer a sua autonomia, devem ser tomadas medidas para proteger os seus direitos e interesses (UNESCO, 2005).

As alterações sociodemográficas dos últimos anos têm gerado diversos desafios aos sistemas de saúde. A integração da pessoa nos processos de tomada de decisão, construindo uma parceria de cuidados, tem sido de extrema importância para fazer face a estes desafios. Esta parceria acontece através da capacitação da pessoa, evidenciando-a como elemento central da tomada de decisão face ao seu projeto de saúde. Para que a pessoa se sinta preparada para o processo de tomada de decisão, considerando o respeito pela autonomia, é essencial que o profissional de saúde, detentor do conhecimento científico, informe, apoie e encoraje a pessoa durante o processo (Vasconcelos, 2021).

Durante o estágio hospitalar, surgiu também uma situação que se traz para este relatório como exemplo de humanização de cuidados. O artigo 89º da deontologia profissional de enfermagem (OE,

2015b, pp. 97) afirma que o EEER deve “atender com cortesia, acolher com simpatia, compreender e respeitar, promover o estabelecimento de uma relação de ajuda”. Uma pessoa internada na unidade ao lado da pessoa que se encontrava ao nosso cuidado, solicitou ajuda enquanto se prestavam cuidados de enfermagem de reabilitação. Após terminar a intervenção, fomos em auxílio da pessoa, e ajudamos consoante a necessidade que verbalizou. Mais tarde, o mesmo verbalizou que não tinha o mesmo tempo de cuidados que o Sr. J.R., sentindo-se de alguma forma prejudicado. Em conjunto com a EEER orientadora tentou-se compreender o motivo pelo qual o Sr. se encontrava desagrado. Foram escutadas as suas apreensões, e com serenidade respondemos às suas preocupações. Esclarecemos que as necessidades de um e outro eram diferentes, e pusemo-lo a par do contexto (como estudante) em que me encontrava no serviço. Foi então discutido o seu plano de reabilitação, tendo o mesmo sido otimizado de forma a englobar as suas atuais necessidades. Assim, foram tidas em conta as preocupações da pessoa (apesar de não ser alvo direto dos meus cuidados enquanto estudante) e foi permitida a expressão de ideias e sentimentos. Assumiu-se a defesa dos direitos da pessoa, incluindo o direito à informação e o respeito pelos valores e crenças do mesmo, e foi esclarecido e envolvido no seu cuidado, sendo esta a base para o estabelecer de uma parceria efetiva de cuidados.

A prestação de cuidados em domicílio (em ECCI) foi um contexto completamente novo e de extrema importância para o desenvolvimento de competências neste domínio. Entrar no espaço do outro (na sua casa) requer uma adaptação na forma de intervir, sendo necessário ajustar as intervenções, contemplando não só as necessidades e capacidades de cada pessoa, mas também o ambiente que a rodeia e os produtos de apoio disponíveis. A proposta de eliminação de barreiras arquitetónicas, o respeito por questões ergonómicas e a gestão de circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos no domicílio, requer uma observação e tenacidade por parte do EEER, sendo que por vezes, pormenores simples podem tornar-se complexos, e até a remoção de um tapete pode constituir um problema para a pessoa alvo de cuidados. Neste sentido, foi essencial, manter uma postura de abertura, diálogo e compromisso, que foram facilitadores na prestação de cuidados.

Para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação personalizados, é essencial que o EEER reconheça as experiências de vida e conhecimento da pessoa alvo de cuidados, respeitando os seus valores, preferências e necessidades, envolvendo-a e integrando-a no processo de reabilitação. Para que isso seja possível, é necessária uma comunicação efetiva e aberta entre a pessoa e o profissional de saúde, na qual a informação sobre planos de cuidados, objetivos, riscos e benefícios são partilhados pela pessoa, EEER e família, aumentando o nível de colaboração (Kwame & Petrucka, 2021). A escuta ativa é essencial e terapêutica para uma comunicação eficaz com a pessoa e família. Ao escutar as preocupações da pessoa é possível identificar as necessidades, as preferências, os medos e as frustrações.

Compreender a pessoa/família, as suas necessidades únicas, mostrar empatia, expressar respeito e cordialidade e tratar a pessoa com dignidade, constituem um núcleo para a comunicação eficiente e para a parceria de cuidados (Kwame & Petrucka, 2021).

Ainda em contexto domiciliário, importa realçar o contato com a família/cuidador, que necessita de sentir o suporte do EEER. Em diversas ocasiões foi necessário escutar, esclarecer e apoiar o cuidador, que se vê numa situação nova, de grande responsabilidade e sobrecarga.

Com o crescente envelhecimento populacional e o progressivo desenvolvimento de doenças crónicas verifica-se a imposição de constantes desafios aos cuidadores e famílias (Melo et al., 2021). O processo de doença, a perda de funcionalidade e autonomia, pode ocorrer gradualmente, dando tempo ao núcleo familiar de se reajustar e adaptar à evolução da doença, mas também pode ocorrer de forma abrupta, exigindo a mobilização rápida de recursos para fazer face à nova realidade, o que implica, o assumir de um papel diferente, um papel de cuidador (Rodrigues & Viegas, 2022).

A mudança para o papel de cuidador requer a adaptação a novas funções e rotinas, constituindo um processo gerador de ansiedade e *stress*. A aprendizagem e desenvolvimento deste papel tem em consideração a integração da prestação de cuidados e a compreensão do que significa exercer o papel de cuidador. Sentimentos de frustração, ansiedade e inquietação são frequentes nesta transição de papéis, e uma preocupação persistente para a pessoa e para a família (Melo et al., 2021). O EEER tem uma função primordial nesta mudança, já que possui conhecimentos que permitem capacitar os cuidadores informais, através de estratégias de *coping* eficazes face às dificuldades da prestação de cuidados. Esta capacitação pode ser significativa na diminuição dos índices de sobrecarga do cuidador, diminuindo o impacto negativo na sua saúde física e mental (Melo et al., 2021).

Outro exemplo é o caso da Sra. A.D., com o diagnóstico de Esclerose Lateral Amiotrófica, com sessões de reabilitação no domicílio três vezes por semana, cujo plano incluía Reeducação Funcional Respiratória (RFR) e Reeducação Funcional Motora (RFM). No início de cada sessão, e apesar das alterações de comunicação que já possuía, eram discutidos e planeados os tipos de exercícios que poderia e queria realizar. Esta abordagem foi facilitadora para aumentar a adesão ao plano de reabilitação, já que a Sra. A.D. tinha histórico de baixa adesão ao mesmo. Ao envolver a pessoa e respeitar a sua autonomia, assegurando o seu direito à escolha e autodeterminação, conseguiu-se desenvolver as sessões sem intercorrências e de acordo com a sua disponibilidade, vontade e colaboração.

2.1.2. Melhoria contínua da qualidade

Para o desenvolvimento do domínio de melhoria contínua da qualidade com vista a aquisição das competências garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (B1), desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (B2) e garante um ambiente terapêutico e seguro (B3), foram traçados os objetivos específicos de colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados nos locais de estágio e promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança para a pessoa.

Em todos os contextos de estágio foi possível reunir com os respetivos enfermeiros gestores e EEER orientador de forma a conhecer os serviços, os projetos de melhoria contínua da qualidade implementados, assim como identificar possíveis necessidades de formação em serviço.

Na ECCI, foi possível participar no programa de formação para ajudantes de ação direta. Em conjunto com a EEER orientadora foi definido o tema a apresentar, e desenvolvida uma sessão de formação, que foi realizada duas vezes de forma a abranger o maior número de profissionais possível. O tema da sessão foi “Posicionar... Para não lesionar”(Apêndice III) e teve como objetivos gerais: sensibilizar para a importância de realizar o posicionamento no leito com técnica adequada e fornecer estratégias para a realização do procedimento com vista a prevenção de lesões músculo-esqueléticas. A avaliação das sessões foi extremamente positiva, tendo os participantes demonstrado elevada satisfação com os conteúdos lecionados e a metodologia implementada. De forma a complementar a informação transmitida durante a formação, foi construído um póster (Apêndice IV), o qual foi disponibilizado à UCC e participantes.

No âmbito do estágio da comunidade foi possível dinamizar um curso sobre o cuidar da pessoa com demência, desenvolvido para cuidadores formais. Esta foi uma experiência interessante, pois permitiu organizar cada sessão e desenvolver materiais de apoio. Foram construídos pósteres (exemplo em apêndice V) e uma coleção de mini-guias com estratégias de boa prática (exemplo em apêndice VI) sobre os temas considerados mais importantes de cada sessão, de forma a complementar os conteúdos lecionados, tornando-os acessíveis para consulta posteriormente. Foi também desenvolvido um *website*, associado ao site da UCC, no qual se disponibilizaram os materiais de apoio. A construção do *website* foi bastante desafiante, já que o conhecimento e experiência nesta área era bastante limitado, mas contando com o apoio e colaboração de outra colega de mestrado, foi possível concretizar novas aprendizagens que se tornaram muito úteis na divulgação do curso, contribuindo para aumentar o conhecimento dos participantes, das suas instituições e da população em geral sobre a demência.

Considerando as alterações sociodemográficas dos últimos anos, torna-se evidente a importância da mobilização de diversos intervenientes (especialmente dos cuidadores formais e informais) para que a sociedade consiga responder de forma eficiente às necessidades da população, cada vez mais envelhecida. Os cuidadores formais são fundamentais, sendo que a aposta em profissionais qualificados é imprescindível (Vivente et al., 2021). A formação contínua destes profissionais deve constituir-se como prioritária, no entanto, a instabilidade laboral, a desmotivação e a insatisfação no trabalho podem constituir barreiras à adesão à formação (Vivente et al., 2021). Os mesmos autores realçam ainda o papel essencial do enfermeiro como educador e capacitador destes cuidadores formais, promovendo a melhoria da qualidade de cuidados prestados, que em última instância poderá permitir a permanência da pessoa idosa no seu domicílio (Vivente et al., 2021).

Espera-se que o EEER identifique e articule os recursos existentes (humanos e materiais, no qual se incluem cuidadores formais e informais) que respondam às necessidades da pessoa na continuidade de cuidados, bem como no desenvolvimento de programas promotores de saúde na comunidade (OE, 2015b).

Os cuidadores, formais e informais, apoiam a população idosa e/ou a pessoa com incapacidade na realização das AVD, o que inclui comportamentos de saúde adequados como alimentação saudável, cumprimento e gestão do regime medicamentoso e na prática de exercício físico em segurança. De forma a serem capazes de cumprir estas funções de forma adequada, é essencial que os cuidadores tenham acesso a informação sobre o estado de saúde da pessoa que cuidam, mas mais importante ainda, que a compreendam (Lorini et al., 2023). O desenvolvimento da capacidade de comunicar adequadamente com a pessoa e com os profissionais de saúde, bem como de utilizar o sistema de saúde torna-se essencial, estando dependente do grau de literacia em saúde do cuidador, o qual tem uma relação direta com o tempo de contato com os profissionais de saúde (Lorini et al., 2023).

No estágio em hospital, em serviço de reabilitação, em discussão com o enfermeiro gestor e a EEER orientadora, decidiu-se a realização de uma sessão de formação em serviço sobre mecânica corporal, pelo facto de existirem na unidade diversos profissionais de saúde com lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho. Foi então desenvolvida uma sessão de formação intitulada “Cuidar de quem cuida - Mecânica corporal no local de trabalho” (Apêndice VI), que foi apresentada em sessão de formação em serviço direcionada a todos os elementos da equipa multidisciplinar. A avaliação da sessão foi extremamente positiva, sendo que todos os participantes demonstraram elevada satisfação, especialmente pelo grupo de assistentes operacionais.

A realização das formações supracitadas teve por base a melhor evidência. Foi necessária a identificação de oportunidades de melhoria, sendo estabelecidas prioridades e selecionadas as melhores estratégias a aplicar em cada contexto de estágio.

As atividades realizadas no âmbito da melhoria da qualidade, assentam nos pressupostos dos descritores de Dublin para a conclusão do 2º ciclo de estudos, que confere o grau de mestre. Estes descritores constituem um sistema de qualificações para a avaliação do estudante nos diversos ciclos de estudos e pressupõe a aquisição de qualificações nas áreas do conhecimento, capacidades e competências (Quadro Nacional de Qualificações do Ensino Superior, 2011).

Para o 2º ciclo de estudos pretende-se a demonstração de um conhecimento e compreensão avançada, ou seja, é importante que o estudante desenvolva o conhecimento que obteve no 1º ciclo de estudos. É necessário também que seja capaz de aplicar esse conhecimento em situações novas, relacionadas com a sua área de estudo (Joint quality initiative informal group, 2004; Quadro Nacional de Qualificações do Ensino Superior, 2011). As diversas intervenções realizadas nos diversos contextos de estágio, especialmente ao nível da formação e melhoria da qualidade, exigiram o estudo aprofundado e a mobilização de novos saberes adquiridos ao longo do curso de mestrado em enfermagem de reabilitação.

Os descritores de Dublin também preconizam a capacidade de aplicação do conhecimento e de resolução de problemas, em ambientes novos, em conjunto com a equipa multidisciplinar (Joint quality initiative informal group, 2004; Quadro Nacional de Qualificações do Ensino Superior, 2011), o que foi possível atingir ao longo das atividades.

A capacidade de integrar o conhecimento, lidando com situações complexas, formulando juízos considerando a responsabilidade ética e social que esses juízos acarretam também se encontra contemplada nos descritores, bem como a capacidade de aprendizagem de forma autónoma e ao longo da vida, mantendo-se em formação contínua (Joint quality initiative informal group, 2004).

As ações de formação realizadas destinaram-se a diversos grupos profissionais, incluindo enfermeiros especialistas, tal como definido pelos descritores de Dublin, que assume como essencial a comunicação de conclusões, conhecimento e raciocínio independentemente do público a que se dirige (Joint quality initiative informal group, 2004). Para além disso, a orientação dos projetos/ações de formação permitiram a mobilização de conhecimento com vista à melhoria contínua da qualidade.

No serviço de internamento de reabilitação, os EEER encontravam-se a desenvolver guiões de preparação para a alta, projeto no qual infelizmente não foi possível colaborar, uma vez que os guiões já estavam finalizados. Os guiões continham uma *checklist* dos temas a ensinar e treinar com a pessoa e cuidador relativamente a cada autocuidado durante a preparação para a alta. Apesar de não ser possível

colaborar diretamente na sua construção, foi possível assistir a uma reunião da equipa responsável, e perceber a influência do EEER na liderança de programas de melhoria contínua.

A área de intervenção autónoma do EEER no processo de reabilitação pode dividir-se em três domínios: processo de ensino-aprendizagem, no que diz respeito à capacitação da pessoa e família/cuidador para o autocuidado e às intervenções ensinar, instruir e treinar com vista à funcionalidade e qualidade de vida da pessoa e família/cuidador; processo corporal, na implementação de intervenções de exercício físico (mobilidade, equilíbrio, coordenação, motricidade) e respiratório, implementando intervenções de assistir e treinar e por fim, domínio do comportamento emocional, na promoção do reforço positivo, com intervenções do tipo incentivar (Santos, 2021).

A multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade são conceitos essenciais para o processo de reabilitação. A atuação dos diferentes profissionais, especializados e com um corpo de conhecimento e competências próprias, com o objetivo comum centrado na pessoa, torna o processo de reabilitação mais eficiente e completo. Nesta equipa multidisciplinar evidencia-se o EEER, cujo conhecimento e competência lhe permite tomar decisões autónomas, baseadas em evidência científica (Santos, 2021), sendo extremamente relevante por exemplo, na avaliação, planeamento e liderança de projetos de melhoria contínua.

Apresenta-se como exemplo a oportunidade de, no contexto de UCC, colaborar na comunicação de resultados de indicadores de avaliação de prática clínica, tal como descrito no regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, foi possível cooperar na comunicação de resultados de atividades institucionais na área da qualidade. Ao observar a dinâmica da equipa face aos indicadores de qualidade apresentados, liderada pela EEER, também coordenadora da UCC, foi visível a importância do EEER na avaliação da qualidade das práticas clínicas, através de indicadores, a análise de resultados e o planeamento de estratégias para resolução de problemas.

2.1.3. Gestão dos cuidados

Para o desenvolvimento de competências no domínio da gestão de cuidados, que inclui as competências gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1) e adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (C2), foi traçado o objetivo específico de desenvolver competências de gestão (recursos humanos e materiais) e coordenação dos cuidados de enfermagem na equipa multidisciplinar.

O trabalho conjunto e integrado das diversas profissões da área da saúde, bem como a articulação dos diferentes níveis de cuidados, é de extrema importância no desenvolvimento e na qualidade dos serviços de saúde.

Ao longo do estágio existiu a observação das diferentes interações profissionais nos diversos contextos e constatou-se que a colaboração efetiva faz a diferença no processo de reabilitação da pessoa. No serviço de internamento, a passagem de turno conta com a participação de uma fisioterapeuta. Esta participação tem benefícios na gestão do plano de reabilitação da pessoa. Apresenta-se como exemplo a situação do Sr. C.M., que após acidente de viação, sofreu trauma vertebromedular com sequela de paraplegia. O plano de reabilitação era complexo, e durante o turno da manhã era difícil de cumprir sem atrasar a ida ao ginásio, especialmente quando iniciou programa de treino vesical (com autoesvaziamento). O facto da fisioterapeuta participar na passagem de turno, permitiu de uma forma fácil ajustar o plano de reabilitação multidisciplinar, de forma a ser possível trabalhar os autocuidados higiene, vestuário, transferência e eliminação, respeitando o tempo que a pessoa necessita para a realização do plano traçado e acomodando o horário para a efetivação do treino em ginásio.

Uma das recomendações da WHO (2017) para a reabilitação, com elevada qualidade de evidência, consiste na garantia da existência de uma equipa multidisciplinar de reabilitação. Considera-se que a existência desta equipa assegura com eficiência as necessidades de reabilitação, nos diferentes domínios da funcionalidade, aumentando significativamente a qualidade dos cuidados.

É fundamental perceber que um serviço de reabilitação que se apoia apenas num grupo profissional, resulta em falhas no processo de reabilitação. As necessidades em falta podem não ser satisfeitas ou realizadas por profissionais não especializados, conduzindo a um impacto não desejado na qualidade dos cuidados (WHO, 2017).

No mesmo serviço foi também possível fazer a referenciação das pessoas alvo de cuidados para outros profissionais da equipa multidisciplinar, colaborando nas decisões da equipa de saúde, melhorando a informação com vista à otimização da tomada de decisão e reconhecendo os limites de intervenção. Como exemplo reporta-se a intervenção com o Sr. J. R., já mencionado neste relatório. O plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, traçado em parceria com a EEER orientadora e com o Sr. J.R., incluía para além dos treinos de autocuidados, um plano de mobilizações passivas do membro superior e inferior esquerdo. A certa altura, o Sr. J.R. iniciou quadro de dor à mobilização da articulação coxofemoral e também da escapulo-umeral esquerda. Nesse momento, foram suspensas as mobilizações das articulações em questão, e foi exposta a situação à equipa médica e também de fisioterapia, reconhecendo o papel e funções distintas dos diferentes membros da equipa e coordenando a prestação de cuidados em equipa de forma a obter melhores resultados em saúde. A equipa médica realizou

exames complementares de diagnóstico e prescreveu analgesia, tendo diagnosticado uma bursite na anca esquerda e a equipa de fisioterapia ajustou o seu plano terapêutico, realizando electroestimulação no ombro esquerdo. Com o passar dos dias o Sr. J.R. foi melhorando a tolerância às mobilizações destas articulações, com baixa amplitude.

Para além do encaminhamento para a equipa médica e de fisioterapia, durante o contato diário com o Sr. J.R., foi também diagnosticada fragilidade no âmbito familiar, pelo que foi necessário o encaminhamento para a assistente social, no sentido da preparação para a alta.

Assumindo o cuidar como pilar central da enfermagem, podemos considerar o EEER como uma peça essencial na gestão de cuidados à pessoa. O processo de enfermagem de reabilitação, aliando o conhecimento ao cuidado, permite um olhar amplo, biopsicossocial e espiritual da pessoa, estando esta visão alinhada com a teoria das consequências funcionais, tornando-se a intervenção do EEER de extrema relevância no trabalho multidisciplinar. Benbow e Jordan (2018) defendem que é necessário, no entanto, que os EEER demonstrem boa capacidade de adaptação e inovação, de forma a responder ao desenvolvimento e às mudanças de necessidades das pessoas que cuidam. Esta atuação exige um contínuo envolvimento e desenvolvimento do seu papel.

É importante a existência de um gestor/coordenador de cuidados, responsável por implementar planos de cuidados imediatos e de longo termo. Esta gestão inclui uma avaliação completa da pessoa, o estabelecimento de um plano de cuidados, a implementação, monitorização e avaliação da mesma, e inclui não só, o trabalho com a pessoa, mas também o trabalho com outros profissionais, famílias, prestadores de cuidados e outros recursos disponíveis (Miller, 2012). O EEER está na posição ideal para assumir o papel de gestor de cuidados, já que é dotado da capacidade de avaliar a necessidade de cuidados imediatos e de longo-termo, bem como planear, coordenar e monitorizar os cuidados. Quando a família assume a gestão de cuidados, o EEER deve providenciar aconselhamento e formação direcionada aos prestadores de cuidados (Miller, 2012).

A realização da sessão de exercício físico ao ar livre intitulada “ReabilitAR” (plano de sessão em apêndice VIII), no contexto de internamento em UCCI, foi um momento importante na aplicação e desenvolvimento de competências ao nível da gestão de recursos disponíveis (humanos e materiais), bem como no envolvimento de elementos da equipa multidisciplinar para a otimização dos cuidados de enfermagem de reabilitação. Para a realização desta atividade foi necessária a discussão junto com o enfermeiro chefe e com a EEER orientadora sobre a proposta de atividade, de forma a perceber se seria exequível e uma mais-valia para as pessoas internadas na instituição. Após a obtenção da autorização foi necessário consultar a restante equipa de enfermagem (EEER e enfermeiros de cuidados gerais), a equipa de fisioterapia e a animadora sociocultural, solicitando a sua colaboração para a realização da atividade.

O trabalho conjunto foi extremamente importante para a seleção das pessoas que cumpriam os critérios de seleção para participar, bem como na seleção de recursos materiais disponíveis. No dia da atividade, verificou-se a colaboração de diversos elementos (EEER, enfermeiros de cuidados gerais, fisioterapeutas, assistente social, animadora sociocultural e assistentes operacionais) na operacionalização da atividade, desde a antecipação dos cuidados de higiene e transferência para cadeira de rodas dos participantes, na montagem dos circuitos exteriores, no transporte e apoio dos participantes durante a realização dos exercícios. Realço também que foi necessário conhecer e respeitar horários de outras atividades, como por exemplo o horário da missa que se realizaria na instituição naquele dia, de forma a que não existissem constrangimentos para a realização de ambas as atividades. Ao longo da realização dos exercícios foi necessária a supervisão dos cuidados delegados pela EEER orientadora e pelas estudantes do curso de mestrado em Enfermagem de Reabilitação, garantindo assim a segurança e conforto dos participantes. A atividade decorreu sem qualquer intercorrência, tendo os participantes e a equipa multidisciplinar demonstrado elevada satisfação com a realização da mesma. A atividade permitiu a aquisição de competências ao nível da coordenação de recursos humanos e materiais, gestão de tempo e orientação e avaliação de tarefas delegadas. Permitiu também fomentar um ambiente positivo e favorável à prática, motivando a equipa para um desempenho diferenciado. Posteriormente foi elaborado um póster alusivo à atividade e o mesmo foi cedido à unidade, de forma a motivar os profissionais à inovação da prática especializada (Apêndice IX).

Durante o estágio, todas as ações realizadas, fossem planos de reabilitação, ações de formação e/ou sessões de exercício físico, foram desenvolvidas em conjunto com a equipa multidisciplinar. A tomada de decisão foi partilhada pelos diversos elementos e foi possível a participação ativa na construção de planos de cuidados personalizados para cada pessoa, bem como a construção de sessões de formação dirigidas a pares e a outros profissionais, baseadas em evidência científica. Estas ações, bem como as reflexões com os EEER orientadores e o professor orientador promoveram uma prática de cuidados baseada em evidência, respeitando sempre a deontologia profissional.

Reconhecendo os limites de tempo de intervenção, já que na maioria dos serviços de saúde o EEER encontra-se também em prestação de cuidados gerais, reforça-se o importante papel da delegação de tarefas em outros grupos profissionais ou nos cuidadores, sob a orientação e avaliação do EEER.

2.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Para o desenvolvimento do presente domínio de competência, que inclui as competências desenvolve o autoconhecimento e a assertividade (D1) e baseia a sua praxis clínica especializada em

evidência científica (D2), foi traçado o objetivo específico de prestar cuidados de enfermagem baseados em evidência científica na área da especialidade.

O desenvolvimento técnico-científico dos últimos anos, especialmente na área da saúde, exige aos profissionais de saúde uma abordagem terapêutica cada vez mais eficiente. A utilização da evidência científica com vista à melhor decisão, torna-se essencial para a obtenção de melhores resultados em saúde (Labrague et al., 2019). Em enfermagem, profissão que se foca sobretudo nas necessidades dos seres humanos em diferentes fases da vida, para além da importância de um vasto conhecimento na área técnica, existe a necessidade de um conhecimento aprofundado dos valores e crenças do ser humano. A procura de conhecimento que suporte a prática clínica e fomente competências para a tomada de decisão é essencial (Lima, 2022).

A prática baseada em evidência assume-se como um conjunto de técnicas, processos e atividades que demonstraram ser eficientes para a população e para os contextos a que são destinados, constituindo assim, a melhor forma de realizar uma determinada tarefa (Lima, 2022). A evidência proveniente da investigação, aplica-se à prática através da implementação de programas, protocolos, políticas e *guidelines*, e a eficácia e eficiência da sua aplicação está amplamente demonstrada (Walker et al, 2022).

Do EEER espera-se a capacidade de rever de forma crítica a evidência disponível, confirmando a sua validade, antes da aplicação na prática diária (Jester, 2007). Dada a relevância social da profissão, o desenvolvimento de competências para a investigação e inovação, assente nos padrões de qualidade e nas competências específicas do EEER é fundamental (Martins, 2021). Neste sentido, ao longo do estágio, a busca pelo conhecimento, o estudo diário e a procura da melhor evidência científica foi uma contante para aprimorar a prestação de cuidados, bem como a sua partilha com a equipa multidisciplinar.

Foi necessária a procura de escalas, validadas para a realidade portuguesa, de forma a tornar objetiva a avaliação da pessoa, para a realização de um plano de cuidados personalizado e colher dados que permitissem validar os ganhos em saúde. Reporta-se por exemplo ao Sr. A.M., alvo de um estudo de caso (apêndice XI). O Sr. A.M. com síndrome de desuso por internamento prolongado, iniciou o programa de reabilitação em internamento, continuando-o após a alta. Em contexto de ECCI, após a avaliação inicial, constatou-se a necessidade de melhorar o equilíbrio corporal. De forma a construir um plano de reabilitação objetivo, foi realizada a pesquisa de escalas de avaliação do equilíbrio e foi selecionada a escala de equilíbrio de Berg, traduzida e validada para a população portuguesa (Berg et al., 1992). A sua aplicação permitiu uma avaliação objetiva dos resultados da intervenção do EEER. Realça-se também a aplicação da escala de Morse para avaliação do risco de queda (Morse et al., 1989), sendo que esta avaliação foi complementada com a avaliação dos hábitos da pessoa no seu ambiente com base no

instrumento proposto por Miller (2012, p.107). O plano de reabilitação foi extremamente benéfico para o Sr. A.M., tendo sido visível e objetiva a melhoria do equilíbrio e a diminuição do risco de queda no fim da intervenção.

No estudo de caso realizado em internamento hospitalar, com o Sr. J.R. (Apêndice XII), foi também realizada pesquisa para a seleção das escalas para a avaliação da intervenção do EEER: Escala de Medida da Independência Funcional ([MIF], Granger et al., 1986), escala de força Medical Research Council ([MRC] Medical Research Council, 1943), escala de Ashworth modificada (Bohannon & Smith, 1987), escala de Berg (Berg et al., 1992), e escala Montreal Cognitive Assessment ([MoCA], Nasreddine et al., 2005), todas elas traduzidas e validadas para Portugal. Dessa forma, os resultados obtidos pela intervenção do EEER ficou demonstrado de forma objetiva.

Segundo a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2016), a utilização bem como a uniformização de instrumentos de avaliação, permitem não só quantificar os resultados obtidos pela implementação dos planos de reabilitação dos EEER, mas também permite a continuidade de cuidados e o desenvolvimento de projetos de investigação com vista à procura das melhores práticas, difundindo-as.

Em enfermagem, a formação tem consistentemente sido confrontada por desafios que a têm impulsionado para além dos seus limites, quer na abordagem generalista ou especializada, seja no aspeto científico e humano, sendo reconhecida atualmente como profissão e como disciplina (Cabete, 2008). No 2º ciclo de estudos, espera-se que o estudante adquira capacidade de desenvolver o conhecimento, aplicando de forma autónoma a metodologia científica (Cabete, 2008).

De forma a aprofundar o conhecimento e possibilitar a prática do EEER com base em evidência, foi realizada uma revisão scoping sobre intervenções de promoção do exercício físico na pessoa idosa, cujo protocolo se encontra em apêndice (Apêndice I). Foi também construído um poster com base na revisão scoping e apresentado nas IV jornadas Egas Moniz “Comunicação Digital para a Saúde e para a Ciência” (Apêndice XIII), contribuindo para a divulgação do conhecimento e para a prática baseada em evidência. O desenvolvimento da revisão scoping serviu de base para a elaboração de dois capítulos do livro “As estratégias para viver ativamente com a doença de Parkinson”: Envelhecimento ativo e saudável – desafios e oportunidades e Promover o exercício físico em pessoas com doença de Parkinson. De destacar que esta obra foi financiada pela Fundação para a ciência e tecnologia (FCT).

De forma a facilitar a aprendizagem em contexto de trabalho, foram diagnosticadas as necessidades formativas das equipas dos diferentes serviços, e dinamizadas ações de formação com vista à incorporação de novos conhecimentos no contexto clínico, contribuindo para o desenvolvimento de uma prática de cuidados de qualidade.

Relembra-se a realização das ações de formação explanadas no domínio da melhoria da qualidade, como a ação de formação sobre técnicas de posicionamentos no leito intitulada “Posicionar... Para não lesionar”, para a qual foi realizada uma apresentação (Apêndice III) e um póster (Apêndice IV) para consulta dos participantes e equipa multidisciplinar da UCC, bem como a sessão de formação para a equipa multidisciplinar do estágio hospitalar, tendo por base o diagnóstico efetuado relativo a necessidades de formação sobre mecânica corporal (Apêndice VII) e a participação conjunta com a UCC no curso de cuidados à pessoa com demência (Apêndices V e VI). Assim fica demonstrado o desenvolvimento das competências enunciadas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de ensino como a integração e aplicação do conhecimento e a sua comunicação aos diversos grupos profissionais.

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais contempla também o autoconhecimento e a assertividade. O EEER exerce a sua função num ambiente de grande desgaste emocional, *stress* e frustração, convivendo diariamente com a dor e sofrimento de quem cuida, sendo importante o desenvolvimento de competências de gestão emocional, aumentando o sucesso dos cuidados prestados e o trabalho em equipa (Machado, 2021).

Os conceitos de inteligência emocional e competência emocional são semelhantes, mas diferentes, enquanto a inteligência emocional se refere ao potencial para raciocinar com emoção, a competência emocional refere-se à concretização deste potencial através dos comportamentos (Rocha et al., 2021). O desenvolvimento de competência emocional permite a compreensão do impacto das emoções nos outros, possibilitando ao EEER o estabelecimento de relações terapêuticas, através da antecipação de reações emocionais, evitando potenciais conflitos (Rocha et al., 2021).

A gestão de emoções e de frustração, também foi desenvolvida ao longo dos estágios. Reporta-se o caso do Sr. A.P., diagnosticado com insuficiência cardíaca grave e com internamento recente, continuou no domicílio o plano de reabilitação iniciado em internamento hospitalar. Em todas as sessões (3 vezes por semana) eram realizados exercícios de RFM e RFR, e era também fornecido um plano de exercícios para realizar diariamente com ajuda da família. A cada nova sessão a família assumia que este não cumpria os exercícios propostos e manifestavam dificuldade em conseguir motivá-lo para aderir. Ao longo das semanas foi necessário trabalhar a gestão da nossa própria frustração, bem como a gestão da frustração das cuidadoras informais, para que todos continuassem a trabalhar e a motivar o Sr. A.P., de forma criativa, mesmo sabendo que muitas vezes não aderiria ao contratualizado. Esta gestão de sentimentos e emoções, tanto dos profissionais como das cuidadoras informais, foi essencial para aumentar o nível de adesão ao plano de cuidados de reabilitação.

2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Segundo o regulamento das Competências Específicas do EEER (OE, 2019b), a reabilitação constitui uma especialidade multidisciplinar, com um corpo de conhecimentos próprios com vista à maximização do potencial funcional e independência das pessoas após doença aguda ou crónica e respetivas sequelas. O conhecimento elevado e diferenciado permite ao EEER a conceção, implementação e monitorização de planos de enfermagem de reabilitação, ao nível da promoção da saúde, prevenção de complicações e reabilitação da pessoa, maximizando o seu potencial (OE, 2019b).

Apesar de no presente relatório a descrição, análise e reflexão das competências específicas do EEER ser realizada em subcapítulos diferentes, funcionam como conjunto essencial à prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, sendo dificilmente dissociadas umas das outras. Na realização do projeto de estágio (Apêndice II), foram formulados objetivos gerais e específicos de forma a possibilitar a obtenção das competências específicas do EEER.

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

Para o desenvolvimento desta competência foram estipulados os objetivos específicos de avaliar alterações na funcionalidade que determinem limitações no autocuidado e conceber planos de intervenção promotores de capacidades adaptativas com vista ao autocuidado.

O processo de tomada de decisão do EEER requer envolvimento na integração do processo de enfermagem nos diferentes contextos da prática profissional, e ao cumprir as etapas que constituem a metodologia do processo, a intervenção do EEER baseia-se no desenvolvimento de um raciocínio clínico direcionado para a capacitação, autonomia e qualidade de vida das pessoas (Ribeiro et al., 2021).

Em reabilitação, o processo de Enfermagem adquire uma dimensão valiosa, permitindo identificar os problemas e as necessidades da pessoa, nas situações de grande complexidade com as quais o EEER se depara diariamente. Esta intervenção diferenciada e complexa depende de uma colheita de dados que sustente e diferencie os cuidados (Ribeiro et al., 2021). O estabelecimento de objetivos realistas e praticáveis ocorre quando o EEER conhece em pormenor o contexto atual e anterior de cada pessoa alvo de cuidados, bem como o seu projeto de saúde. Dessa forma, a intervenção suportada garante ganhos de saúde pessoal, familiar e social, ao melhorar a capacidade funcional da pessoa (Ribeiro et al., 2021).

Uma avaliação holística da pessoa, é a chave para a prestação de cuidados de enfermagem especializados. Esta avaliação deve considerar dados que incluam todos os aspetos de bem-estar, incluindo a avaliação do estado físico e mental, contextos sociais, crenças e projeto saúde da pessoa (Jester, 2007).

Ao longo do estágio, foram prestados cuidados de enfermagem de reabilitação à população adulta e idosa com compromisso em diversos níveis: motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, alimentação, da eliminação e da sexualidade. Para que fosse possível a prescrição de planos de reabilitação adequados e individualizados, foi realizada colheita de dados através de entrevistas à pessoa e família, bem como a consulta do processo clínico e equipa multidisciplinar. Foram utilizados os documentos de registo de avaliação inicial existentes em cada serviço, sendo que em todos se encontravam contemplados os dados biográficos, antecedentes pessoais, medicação habitual, história da doença atual, hábitos de vida (incluindo a prática de exercício físico) e história psicossocial. Para a avaliação neurológica, física e cognitiva da pessoa, foram utilizadas escalas validadas para a população portuguesa, com o objetivo da construção de diagnósticos e intervenções direcionadas para a situação de cada pessoa.

Considerando o objetivo geral de desenvolver competências específicas de intervenção do EEER na área da promoção do exercício físico na pessoa idosa, as avaliações tiveram em consideração as particularidades desta população com base na teoria das consequências funcionais, cuja premissa assenta na interligação do corpo, mente e espírito de cada pessoa idosa, e na importância dos cuidados de enfermagem nesta tríade, reconhecendo que o bem-estar engloba mais do que a função fisiológica (Miller, 2012). Foram avaliados os fatores de risco e alterações relacionadas com o envelhecimento e/ou doença (consequências funcionais negativas), de forma a intervir adequadamente originando consequências funcionais positivas (Miller, 2012).

Foi realizada a avaliação da capacidade funcional da pessoa na satisfação das suas necessidades humanas básicas utilizando a escala de MIF (Granger et al., 1986); a avaliação do risco de queda através da escala de Morse (Morse et al., 1989); a avaliação da força muscular com a utilização da escala MRC (Medical Research Council, 1943); a avaliação do tónus muscular com recurso à escala de Ashworth modificada (Bohannon & Smith, 1987); a avaliação do equilíbrio foi realizada utilizando a escala de Berg (Berg et al., 1992) e a avaliação da função cognitiva através das escalas Mini mental State Examination ([MMSE], Folstein et al., 1975) e/ou MoCA (Nasreddine et al., 2005). Estas avaliações permitiram o diagnóstico e planeamento de intervenções estruturadas, com vista à transformação de consequências funcionais negativas (como por exemplo alteração do equilíbrio, dificuldade na realização do autocuidado ou diminuição da força muscular) em consequências funcionais positivas como a manutenção da

participação social, autonomia e/ou independência funcional e conseqüentemente o bem-estar, da pessoa e da família.

As alterações decorrentes do envelhecimento e os fatores de risco encontram-se bem definidos na teoria das conseqüências funcionais. As alterações relacionadas com a idade não são reversíveis, no entanto, podem ser compensadas, sendo que o EEER pode assumir um papel de extrema relevância na procura de estratégias adaptativas que resultem no bem-estar da pessoa idosa. Já os fatores de risco, podem ser modificados ou eliminados, e na realidade, encontram-se na maioria das vezes incorporados no processo de enfermagem (Miller, 2012).

Durante o estágio tentou-se realizar a avaliação holística da pessoa, permitindo a identificação de riscos ambientais, que na população idosa são particularmente importantes. As alterações sensoriais, alterações na mobilidade ou as alterações cognitivas, acarretam um risco acrescido, comprometendo a segurança e a funcionalidade da pessoa idosa. Ao avaliar e intervir nestes fatores de risco modificáveis, melhorou-se a funcionalidade, a qualidade de vida e o bem-estar da pessoa (Miller, 2012).

Importa também referir a importância da avaliação da dor durante o processo de reabilitação, já que a mesma pode dificultar a realização de exercícios e a participação da pessoa no plano prescrito. Para tal, recorreu-se à escala numérica (DGS, 2003).

A situação do Sr. A.M. (seguido em domicílio pela equipa de ECCI por síndrome de desuso na sequência de internamento prolongado) já referida anteriormente neste relatório, reflete a importância do controlo da dor no processo de reabilitação. Após avaliação inicial, foi detetada diminuição da força muscular bem como alterações significativas no equilíbrio, que condicionavam a realização do seu autocuidado e, portanto, o regresso às suas rotinas anteriores. Em pareceria com o Sr. A.M. e com a esposa, foi construído um plano de reabilitação com exercícios para o desenvolvimento de força e equilíbrio. Duas vezes por semana foi efetivada visita domiciliária onde foi realizado ensino, instrução e treino dos exercícios, tendo o Sr. A.M. continuado a realizar diariamente com o apoio da esposa. Com os resultados positivos que apresentava, as visitas passaram a ser semanais. Numa das semanas, verificou-se dificuldade acrescida na adesão à prescrição, sendo que a esposa referiu também que o Sr. A.M. tinha efetuado os exercícios durante a semana com menos vontade que o habitual e apresentava novamente alguma dificuldade na realização dos autocuidados. À observação detetou-se alteração da postura corporal, e foi avaliada a dor através da escala numérica, detetando-se uma dor de grau 4 no ombro direito. Foi ajustado plano de exercícios evitando exercícios dirigidos aos membros superiores, proporcionando descanso dos músculos afetados e após exame físico foi detetada uma contratura muscular no trapézio. Foi realizada massagem terapêutica e contactado o médico da equipa para a

prescrição de analgesia. Na semana seguinte o Sr. A.M. encontrava-se sem dor, independente na realização do autocuidado e retomou a marcha com auxílio de andarilho no exterior do domicílio.

A existência de dor interfere diretamente com qualidade de vida, bem-estar e também no autocuidado das pessoas. Assim, o controlo da dor, constitui-se como dever para os profissionais de saúde, especialmente para os enfermeiros, que se encontram numa posição importante para intervir no controlo da mesma (OE, 2008) devendo articular-se com a equipa multidisciplinar.

A avaliação da pessoa através da aplicação das escalas, bem como a avaliação da sua história, considerando não só os seus antecedentes de saúde, mas também os seus hábitos de vida e história psicossocial, foi extremamente relevante para compreender os fatores de risco, e especificamente na população idosa, as alterações instaladas relacionadas com o processo de envelhecimento. Este conhecimento das consequências funcionais negativas permitiu a formulação de diagnósticos e intervenções (com vista aos objetivos de cada um), em parceria com a família, permitindo a obtenção de consequências funcionais positivas. A avaliação, não só inicial, mas continua, com a atualização constante do processo de enfermagem, permitiu obter ganhos em saúde para cada pessoa alvo de cuidados, deixando visíveis os ganhos obtidos pela intervenção do EEER.

Durante o estágio foi possível intervir tanto a nível da RFR como da RFM. No âmbito da RFR realiza-se o trabalho realizado no contexto de internamento de ortopedia, no qual, após avaliação da função respiratória, foram realizados ensino, instrução e treino de técnicas de relaxamento, controlo e dissociação de tempos respiratórios, exercícios de expansão torácica, respiração diafragmática e tosse dirigida, tanto no pré como no pós-cirúrgico, de forma a prevenir complicações cirúrgicas e da imobilidade como pneumonia, broncospasma, insuficiência respiratória, atelectasias, hipoventilação, hipoxia e infeções (OE, 2018).

O aumento de secreções, decorrente por exemplo da cirurgia, potencia a obstrução da via aérea, levando ao aumento do trabalho respiratório bem como à deterioração da via aérea, aumentando o risco de infeção (OE, 2018), tornando a RFR extremamente importante em internamento de ortopedia, onde para além da questão cirúrgica, os períodos de imobilidade são elevados no pré-operatório devido à existência de trações cutâneas.

Segundo a OE (2018), é importante iniciar o plano de RFR no pré-operatório de forma a prevenir complicações pós-cirúrgicas, mas também para preparar a pessoa para a intervenção cirúrgica em si e para o processo de reabilitação pós-operatório (OE, 2018).

Para além dos programas de RFR concretizados no pré e pós-cirúrgico em ortopedia, foram também aplicadas técnicas de drenagem postural modificada e manobras acessórias em pessoas com

infecção respiratória instalada (OE, 2018), tanto em internamento na rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI) bem como em domicílio.

Como exemplo reporta-se ao Sr. V.T., internado em RNCCI em Unidade de Longa Duração e Manutenção. O Sr. V.T., diagnosticado com AVC isquémico com complicações associadas por paragem cardiorrespiratória com necessidade de realização de traqueostomia, que conduziu a alteração do estado de consciência e imobilidade. Durante o internamento iniciou quadro de aumento de secreções e febre. Após avaliação médica foi diagnosticada pneumonia, iniciou antibioterapia e foi desenvolvido programa de RFR. As patologias respiratórias restritivas, como é o caso da pneumonia, são caracterizadas pela diminuição da *compliance* pulmonar e da caixa torácica, que se traduz numa capacidade pulmonar total diminuída com disfunção da musculatura respiratória (Couto et al., 2021). Antes e após cada sessão de RFR, realizada diariamente, era avaliada a saturação periférica de oxigénio e realizada auscultação pulmonar de forma a perceber a eficácia da intervenção. A sessão iniciava-se com exercícios de reeducação abdominodiafragmática global e técnicas de reeducação costal seletiva promovendo a melhoria da função da musculatura respiratória e a expansão torácica (Couto et al., 2021). Tendo em conta o comprometimento da limpeza da via aérea e a impossibilidade de colaboração por parte do Sr. V.T. devido à alteração do estado de consciência, foram utilizadas técnicas de drenagem postural modificada associadas a manobras acessórias (percussão, vibração e compressão) para potenciar a mobilização de secreções em direção à via aérea mais proximal (Couto et al., 2021).

As técnicas de drenagem postural utilizam a força da gravidade para facilitar a deslocação de secreções das zonas mais periféricas do pulmão para a zona central, facilitando a sua remoção pelo mecanismo da tosse, ou no caso do Sr. V.T. facilitando a remoção através de aspiração brônquica. No entanto, não existe evidência que a gravidade sozinha promova o deslocamento das secreções (Belli et al., 2021), pelo que em conjunto com a drenagem postural modificada foram utilizadas técnicas de manobras acessórias, que através da aplicação manual intermitente de pressão positiva na parede torácica, transmite a pressão para a via aérea causando oscilação do fluxo de ar, aumentando o fluxo expiratório (Belli et al., 2021). Estas técnicas são úteis e eficazes, especialmente quando a pessoa não se encontra capaz de colaborar, como no caso do Sr. V.T..

Refere-se ainda que ao longo dos estágios, na realização de RFR e na prescrição de exercício físico, foram incluídas técnicas de RFR de forma a otimizar a ventilação durante o esforço, bem como técnicas de conservação de energia, tal como o ensino, instrução e treino de técnicas de controlo ventilatório com expiração com lábios semicerrados, técnicas de correção postural e técnicas de descanso e relaxamento (Couto et al., 2021).

No âmbito da RFM foi possível aplicar diversas técnicas como a terapêutica de posição; mobilizações passivas, ativas-assistidas, ativas e ativas-resistidas; atividades terapêuticas, tais como rolar, ponte, rotação controlada da coxo-femoral, auto-mobilização e carga no cotovelo (Menoita et al., 2012), bem como exercícios de fortalecimento muscular, de resistência e de equilíbrio.

Realça-se também, no âmbito do internamento de ortopedia, o ensino, instrução e treino de exercícios isométricos dos membros inferiores antes e após cirurgia à anca e joelho, bem como a mobilização precoce, o levantar e o treino de marcha, com o objetivo de prevenir complicações das articulações da anca e joelho (movimentos luxantes) após colocação de prótese.

Como exemplo reporta-se ao Sr. G.S., internado no serviço de ortopedia para artroplastia total do joelho direito. Na véspera da cirurgia foram realizados ensino, instrução e treino de exercícios respiratórios, exercícios musculares e articulares (exercícios isométricos, exercícios passivos, ativos-assistidos e ativos-resistidos) bem como foi realizado ensino sobre a mobilização da articulação do joelho respeitando o limite da amplitude articular, a utilização de artromotor para a mobilização da articulação, o levantar e a marcha após a cirurgia. Foi estabelecida uma relação de confiança e abertura ao esclarecimento de dúvidas, de forma a diminuir a ansiedade relacionada com a cirurgia. O ensino programado é uma intervenção de enfermagem de reabilitação de grande relevância no momento da admissão e no pré-operatório, mostrando melhoria no que diz respeito ao nível da dor, ansiedade e *stress* no pós-operatório, bem como nos níveis de independência nas AVD (Violante & Cruz, 2016).

O envolvimento ativo do EEER em protocolos de intervenção de enfermagem de reabilitação no pré-operatório, pode ter um contributo importante no âmbito da autonomia, independência nos autocuidados, níveis de ansiedade e dor no pós-operatório (Violante & Cruz, 2016).

O pós-operatório do Sr. G.S. decorreu sem intercorrências, com a colaboração do mesmo na realização dos exercícios propostos. Nas primeiras 24h manteve repouso no leito com a realização de exercícios isométricos e com a utilização de artromotor no joelho direito. O artromotor, tecnologia robótica utilizada em reabilitação, permite a repetição do mesmo movimento (extensão e flexão do joelho) diversas vezes, com alto nível de precisão e com menos fadiga para o EEER e para a pessoa (Araújo et al., 2022). Permite cronometrar a atividade de forma a monitorizar o desempenho da pessoa e o seu progresso (Araújo et al., 2022), otimizando também o tempo de intervenção do EEER. A mobilização precoce encontra-se associada ao regresso à funcionalidade pré-operatória de forma mais rápida, tornando o tempo de internamento mais curto (Castro & Corrêa, 2022).

No segundo dia de pós-operatório foi realizado o levantar, validando os ensinamentos do pré-operatório e treinando a técnica correta para a realização do mesmo, bem como foi iniciado treino de marcha com o auxiliar de marcha. A mobilização e o levantar precoce após cirurgia é fundamental para impedir um

conjunto de alterações induzidas pela imobilidade aos diversos sistemas fisiológicos, tornando-se especialmente importante na pessoa idosa, mais suscetível aos efeitos das alterações da mobilidade (OE, 2013).

Ao terceiro dia de pós-operatório o Sr. G.S. teve alta clínica após reforço de ensino, instrução e treino do levantar e regresso ao leito, da prevenção de complicações na articulação durante atividades de autocuidado e marcha, e de exercícios a realizar em domicílio, através do fornecimento de uma infografia existente no serviço de ortopedia.

Ao longo do percurso foi também possível a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação a pessoas com compromisso do sistema nervoso, mais especificamente pessoas com AVC e com negligência unilateral. Neste sentido, foram realizadas atividades de estimulação sensorial como a facilitação cruzada, rotação do tronco, treino bilateral dos membros superiores e estimulação sensorial com diferentes texturas (Araújo et al., 2021). Como exemplo relembra-se a intervenção com o Sr. J.R., previamente referido neste relatório, internado em serviço de reabilitação após AVC isquémico com sequelas de hemiplegia esquerda e negligência unilateral. Para além das intervenções no âmbito da mobilidade e treino de autocuidados já referenciadas anteriormente, foram realizadas também atividades de estimulação sensorial com o auxílio de um *dossier* de texturas concebido pelos EEER do serviço e meia bola de picos. O *dossier* possuía diversas texturas com a utilização de materiais diferentes: espumas, lixas, algodão, escovas, entre outros. O treino de estimulação sensorial encontra-se ligado ao princípio da plasticidade cerebral, e foi utilizado com o Sr. J.R. na tentativa de criar estímulos frequentes no lado mais afetado, para que o cérebro recebesse o estímulo em grande quantidade e descodificasse a informação, possibilitando a reaprendizagem das funções perdidas (Menoita et al., 2012). A meia bola de picos foi também utilizada em conjunto com atividades funcionais orientadas para tarefas com o lado menos afetado, como por exemplo arrumar a garrafa de água em cima da mesa em posição ortostática, suportando o peso do lado mais afetado na bola de picos (Araújo et al., 2021).

Nas pessoas com AVC foram realizadas também atividades terapêuticas como rolar, ponte, rotação controlada da coxofemoral, exercícios de auto-mobilização e carga no cotovelo (Menoita et al., 2012).

Nos diferentes estágios, com vista à qualidade de vida, autonomia e bem-estar da pessoa idosa e/ou adulto com incapacidade, foram trabalhadas as diferentes AVD (alimentação, transferência, cuidados de higiene, vestuário, eliminação vesical e intestinal) consoante as necessidades de cada pessoa. A avaliação da capacidade funcional para realizar as AVD de forma independente é essencial para a identificação das necessidades de intervenção, assim, optou-se pela utilização da escala de MIF (Granger et al., 1986) para a avaliação da funcionalidade ao invés do índice de Barthel, apesar do último

ser mais utilizado em sistemas de informação. A escala de MIF (Granger et al., 1986) permite um diagnóstico mais completo do grau de capacidade/incapacidade funcional em adultos/idosos, contemplando não só o desempenho da pessoa e a necessidade de cuidados na realização do autocuidado, controlo de esfíncteres, mobilidade/transferências e locomoção, mas também contempla a comunicação e a cognição social (OE, 2016). A avaliação da capacidade funcional permitiu identificar fatores facilitadores e inibidores para a realização das AVD de forma independente no contexto de vida de cada pessoa, permitindo a conceção de planos de reabilitação com a utilização de diferentes estratégias adaptativas.

Como exemplo reporta-se à Sra. A.S., previamente independente nas AVD, após AVC isquémico apresentou como sequela hemiplegia direita, refletindo-se em dificuldades significativas na realização do autocuidado. Após avaliação da funcionalidade e reunião familiar, planeou-se que a Sra. A.S. iria residir com a filha após a alta. No entanto, para que tal fosse possível, seria necessário realizar treino de AVD tornando a Sra. A.S. o mais independente possível. Foram delineadas diversas estratégias adaptativas para os autocuidados, como por exemplo a utilização de escova de cabo comprido para os cuidados de higiene, a organização prévia dos produtos de higiene em local acessível, tanto para o banho como para a higiene oral, a utilização de calçadeira de cabo comprido, entre outras (Menoita et al., 2012). Foram também prescritos diversos produtos de apoio (por exemplo o estrado de banheira) e aconselhada a colocação de barras de apoio na zona da sanita, do lavatório e da banheira consoante a descrição da filha sobre as condições habitacionais, de forma a reduzir o risco de acidentes e eliminar barreiras para a realização das AVD de forma independente. Ao capacitar a Sra. A.S. para a realização das AVD apesar das suas limitações físicas, possibilitou-se o seu regresso a casa e às suas rotinas diárias, conseguindo-se ganhos em saúde a nível pessoal, familiar e social, promovendo o bem-estar e a qualidade de vida.

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

Para a obtenção da presente competência foram formulados os objetivos de desenvolver programas de treino de AVD com vista à adaptação e maximização da autonomia e de colaborar na eliminação de barreiras no contexto diário da pessoa.

O envelhecimento da população, especialmente nos países mais desenvolvidos, tem apresentado um impacto importante na organização das famílias e nos sistemas financeiros, de saúde e apoio social. Este fenómeno ocorre essencialmente devido à prevalência das doenças crónicas e ao conseqüente aumento de pessoas em situação de dependência (Petronilho et al., 2016).

Miller (2012) considera que é primordial o ensino de atividades de autocuidado no âmbito da promoção de saúde para a população idosa, já que a concretização destas atividades são preventivas e melhoram o bem-estar. A avaliação funcional encontra-se associada à abordagem da reabilitação já que enfatiza a melhoria da concretização das AVD (básicas e instrumentais) ao invés dos diagnósticos médicos (Miller, 2012).

O conceito de autocuidado é de extrema importância para a enfermagem de reabilitação. Considera-se autocuidado como a capacidade que a pessoa apresenta para manter-se funcional e assegurar as suas necessidades individuais básicas e íntimas, bem como as suas AVD (Petronilho et al., 2016).

Ao longo do estágio, as intervenções realizadas tiveram como objetivo principal a melhoria da capacidade funcional, de forma a promover a independência na realização das AVD e conseqüentemente o bem-estar da pessoa idosa, do adulto com incapacidade e também da família.

Como exemplo de capacitação para o autocuidado e maximização da autonomia relembra-se a intervenção com a Sra. A.S., que após AVC isquémico apresentou como seqüela hemiplegia direita. Após a colheita da história clínica e de hábitos vida, avaliação neurológica e da aplicação de diversas escalas (MIF, escala de Berg, Morse, MRC e Ashworth modificada) foi traçado o plano de reabilitação em parceria com a Sra. A.S., que iria posteriormente residir com a filha. O plano de reabilitação foi discutido em equipa, em conjunto com a EEER orientadora e com a fisioterapeuta responsável pela Sra. A.S.. Ao longo das sessões de reabilitação durante a manhã foram realizados programas de mobilizações passivas do hemicorpo plégico, atividades terapêuticas no leito, treino de equilíbrio e realizado ensino e treino de transferência do leito para a cadeira higiénica. No WC foram realizados treino de transferência da cadeira higiénica para a sanita e vice-versa, treino de estratégias adaptativas para a realização da higiene (colocação do braço plégico e disposição dos produtos de higiene, estratégias para a manipulação do chuveiro e utilização de produtos de apoio como a escova de cabo comprido) e também ensino e treino de vestir e despir. Após o pequeno-almoço a Sra. A.S. continuava o plano de reabilitação no ginásio, onde realizava treino de força muscular do hemicorpo esquerdo e equilíbrio com a fisioterapeuta. A motivação da Sra. A.S. em cumprir o seu plano de reabilitação foi uma mais-valia para os resultados positivos em saúde. A articulação constante entre o EEER e a fisioterapeuta permitiu a atualização do plano de reabilitação consoante as capacidades da Sra. A.S., sendo que no término do estágio, necessitava apenas de ajuda reduzida e supervisão para a realização das atividades de autocuidado. O trabalho realizado ao nível do equilíbrio foi muito relevante para a realização destas atividades em segurança, tornando possível a flexão do tronco durante os cuidados de higiene e vestir/despir a parte inferior do corpo. As deslocações até à casa-de-banho começaram a realizar-se com canadiana e com ajuda de uma pessoa,

pelo que durante a manhã começaram a realizar-se também exercícios de força muscular em posição ortostática. A evolução foi extremamente positiva, os objetivos inicialmente propostos foram atingidos, dando espaço para a formulação de outros objetivos. Para a filha e para a Sra. A.S., a evolução possibilitou um regresso a casa mais facilitado, sendo que ficaram programados ensinamentos sobre as estratégias adaptativas a utilizar para a realização das diferentes AVD, segurança e a importância da realização de algumas alterações no domicílio, como a colocação de barras de apoio na sanita, banheira e lavatório, de forma a capacitá-la para assistir e supervisionar a realização das atividades de autocuidado e a marcha, bem como capacitá-la para a prevenção de quedas. De referir que os ganhos em saúde foram de tal forma relevantes, que a Sr. A.S. participou na atividade ao ar livre “ReabilitAR” (plano em apêndice VIII), cumprindo os circuitos realizando a marcha com auxílio de canadiana e de segunda pessoa, quando inicialmente se programou fazer a atividade em cadeira de rodas.

Na ECCI também foi possível intervir ao nível das AVD, mas em contexto domiciliário. Segundo Miller (2012), a melhor avaliação e informação, provém da observação da pessoa no seu contexto, particularmente a perceção do risco e a atenção ao ambiente envolvente. A observação pode ser especialmente importante na identificação da discrepância entre as capacidades percebidas e as reais, bem como sobre os seus comportamentos adaptativos, adequados ou perigosos (Miller, 2012).

A Sra. R.R., por exemplo, regressou a casa após colocação de prótese total da anca, e continuou em domicílio o seu plano de reabilitação com a ECCI. Na primeira visita encontrava-se presente para além da Sra. R.R., o filho e o marido. Após a avaliação da força muscular e equilíbrio, foi avaliada também a capacidade para utilizar o auxiliar de marcha andarilho, assim como o ambiente envolvente. O equilíbrio e a força encontravam-se mantidos e a Sra. R.R. deambulava com o andarilho de forma correta. No entanto, através da aplicação do instrumento de avaliação do ambiente proposto por Miller (2012, p.107) foram detetados diversos riscos ambientais dentro e fora de casa, como por exemplo baixa luminosidade, existência de tapetes e objetos no chão (caixas, sapatos entre outros). O calçado da Sra. R.R também não era adequado, pois utilizava chinelos, aumentando assim o risco de queda. Foram realizados exercícios de força muscular, equilíbrio e flexibilidade e estabelecido um plano de reabilitação em parceria com a Sra., o EEER, o esposo e o filho. O principal objetivo consistiu em conseguir subir e descer os degraus para aceder ao seu quintal. Após avaliação do espaço exterior e interior, reunimos com a Sra. e família para abordar as barreiras arquitetónicas identificadas, assim como os fatores de risco presentes, sugerindo alterações necessárias, especialmente a melhoria da luminosidade no interior da casa e a remoção de obstáculos no chão, tanto no interior como no exterior da casa. Foi prescrito auxiliar de marcha tripé e também a colocação de corrimão nas escadas de acesso ao quintal. O filho disponibilizou-se para realizar

as alterações sugeridas, pelo que na sessão seguinte já foi possível realizar treino de marcha no exterior com tripé, bem como subir e descer escadas (ainda sem corrimão, mas com ajuda de segunda pessoa).

A avaliação da utilização de auxiliares de marcha, bem como a utilização de equipamento adaptativo, pode aumentar significativamente a segurança, a funcionalidade e a qualidade de vida da pessoa idosa (Miller, 2012).

Relembrando que os cuidados de Enfermagem de Reabilitação “têm como objetivo a manutenção e promoção de bem-estar e da qualidade de vida, a reeducação e a readaptação da funcionalidade, prevenção de complicações e maximização das capacidades individuais de cada pessoa em todas as fases do ciclo de vida, promovendo a sua inclusão social” (OE, 2023, p.8), torna-se importante refletir sobre a prescrição, ensino, treino e supervisão de utilização de produtos de apoio, já que são intervenções que fazem parte do core de competências específicas do EEER (OE, 2019b).

Define-se produto de apoio como “qualquer produto (incluindo dispositivos, equipamentos, instrumentos, tecnologia e software) especialmente produzido/s ou geralmente disponível/eis, para prevenir, compensar, monitorizar, aliviar ou neutralizar as incapacidades, limitações das atividades e restrições na participação” (Departamento de Desenvolvimento Social e Programas, 2024, p.4).

Estes produtos de apoio constituem instrumentos importantes para a intervenção do EEER, cujo propósito consiste na promoção da independência funcional, autonomia e integração na sociedade, da pessoa com alterações na funcionalidade (OE, 2023). O EEER prescreve, ensina, treina e supervisiona a utilização de produtos de apoio, capacitando a pessoa para a adaptação às limitações existentes. No caso da Sra. R.R. acima descrito, a prescrição, instrução e treino dos produtos de apoio foi fundamental para o sucesso da intervenção, promovendo a mobilidade e maximizando a sua autonomia e qualidade de vida.

O EEER, pelo seu conhecimento específico, deve atuar em diversos domínios como a avaliação da necessidade de utilização de produtos de apoio, da sua prescrição, do ensino e do treino da pessoa com incapacidade que necessita do produto, bem como os seus cuidadores. Deve também contribuir para a melhoria da disponibilidade e acessibilidade de produtos de apoio e trabalhar em conjunto com a equipa multidisciplinar e família/cuidadores na seleção dos produtos adequados (OE, 2023).

O acesso a produtos de apoio seguros e eficientes, é fundamental na manutenção da funcionalidade da população idosa. As necessidades mais comuns estão relacionadas com a realização do autocuidado, audição e visão, memória, saúde mental, mobilidade, segurança, conectividade social, atividades instrumentais de vida diária e tempos livres. A elevada prevalência de quedas nesta população bem como o aumento do número de pessoas com demência e fragilidade, encontram-se associadas ao aumento da procura por produtos de apoio (WHO & United Nations Children’s Fund [UNICEF], 2022).

Também na unidade de internamento de ortopedia, considerando os riscos de movimentos luxantes após colocação de prótese da anca, foi realizada a prescrição, o ensino e o treino de utilização de produtos de apoio como alteadores de sanita e auxiliares de marcha. Como exemplo refere-se a situação do Sr. M.A., internado no serviço de ortopedia para artroplastia total da anca direita. No pós-operatório, após realização de ensino e treino para prevenção de complicações na articulação da anca intervencionada, foi perceptível a dificuldade de assimilação de informação. Sabendo que o Sr. M.A. residia com o filho, foi pedido ao mesmo que estivesse presente para a realização de ensinamentos sobre prevenção de complicações, tendo sido abordadas diversas estratégias para evitar movimentos luxantes nas AVD, e foram prescritos produtos de apoio como o alteador de sanita, o estrado de banheira e as canadianas. Envolveu-se o filho nos cuidados de reabilitação instruindo sobre a utilização dos produtos de apoio e capacitando-o para assistir o Sr. M.A. na realização de marcha com canadianas e na atividade de subir e descer escadas, uma vez que residiam num primeiro andar de um prédio sem elevador.

A unidade de suporte fundamental para os que carecem de cuidados, independentemente da idade, é a família, pelo que integrar a família nos cuidados de saúde é essencial na promoção e manutenção da saúde (Frade, 2021). Ao envolver a família nos cuidados, o EEER capacita a família para a resolução de problemas, estabelecendo uma parceria de cuidados (Frade, 2021). Importa referir que nas intervenções realizadas ao longo do estágio, o envolvimento da família foi incentivado e desenvolvido. Particularmente na intervenção em pessoas idosas, foram realizados ensinamentos à pessoa e família sobre intervenções para minimizar os fatores de risco e sessões de educação para a saúde, de forma a desfazer mitos e dúvidas sobre alterações decorrentes do processo de envelhecimento (Miller, 2012). É essencial que as pessoas idosas bem como as suas famílias compreendam a diferença entre as alterações normais decorrentes do envelhecimento e os fatores de risco, já que assumir que o compromisso da funcionalidade é uma consequência normal do envelhecimento pode impedir a procura de soluções para minimizar o seu efeito e dos fatores de risco, impedindo a qualidade de vida e o bem-estar da população idosa (Miller, 2012). O EEER deve intervir com a família no sentido de dar a conhecer as capacidades reais do seu familiar, desfazendo estereótipos relacionados com a idade, numa perspetiva promotora de funcionalidade e autonomia (Miller, 2012).

A mobilização de conhecimento e compreensão avançada, maximizando e fortalecendo o conhecimento anterior, bem como a sua aplicação em situações complexas e ambientes diferentes foi desenvolvida ao longo do estágio (Joint quality initiative informal group, 2004; Quadro Nacional de Qualificações do Ensino Superior, 2011). Desenvolveu-se também a capacidade de resolução de problemas com responsabilidade ética e social, na procura da capacitação da pessoa e família para a reinserção e participação ativa na sociedade, tal como definido pelos pressupostos dos critérios de

Dublin para o 2º ciclo de estudos (Joint quality initiative informal group, 2004; Quadro Nacional de Qualificações do Ensino Superior, 2011).

2.2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

Para a obtenção da presente competência foi formulado o objetivo de implementar programas de treino motor, cardíaco e respiratório.

A força e a resistência muscular e cardiovascular têm tendência a decrescer ao longo do envelhecimento, o grau de diminuição encontra-se dependente da genética e da atividade física. À medida que se reduz a atividade física, a capacidade fisiológica diminui de forma evidente (Kenney et al., 2015). A força máxima é atingida na vida adulta, começando a diminuir ao longo do envelhecimento, culminando eventualmente num declínio tal, que atividades simples se tornam desafiantes (Kenney et al., 2015).

Miller (2012) relembra que o envelhecimento acarreta alterações fisiológicas importantes no sistema musculoesquelético (degeneração dos ossos, músculos, tendões e ligamentos), no sistema nervoso (diminuição de reflexos e do equilíbrio corporal), no sistema cardiovascular (degeneração do miocárdio, aumento da resistência periférica) e no sistema respiratório (aumento da rigidez da parede torácica, enfraquecimento dos músculos respiratórios, diminuição da resposta à hipoxia e hipercapnia). A avaliação do nível destas alterações, bem como a avaliação dos fatores de risco existentes para cada pessoa, torna-se essencial para o planeamento de intervenções do EEER de forma a transformar as consequências funcionais negativas em qualidade de vida e bem-estar da pessoa idosa (consequências funcionais positivas).

As alterações neuromusculares que ocorrem com o envelhecimento, apesar de importantes, são apenas parcialmente responsáveis pela diminuição da força e resistência, mas a realização de exercício físico tende a diminuir o impacto da idade na performance. Apesar da prática de exercício físico regular não impedir o envelhecimento, pode reduzir de forma bastante evidente o decréscimo da capacidade física (Kenney et al., 2015).

Para além dos benefícios para a capacidade física e funcionalidade, são amplamente conhecidos os benefícios da realização de exercício físico regular na prevenção e controlo da ansiedade e outras alterações psicossociais. A participação em exercício físico regular revela-se como uma intervenção importante na prevenção da depressão na população idosa (Miller, 2012). O exercício físico encontra-se associado a atributos psicológicos positivos e à redução da prevalência e incidência de sintomas depressivos. A evidência sugere que o exercício físico é benéfico na prevenção e tratamento de diversas doenças crónicas nas quais se inclui a depressão, podendo constituir-se como alternativa importante ao

tratamento farmacológico (Izquierdo et al.,2021). A evidência sobre a utilização do exercício como intervenção isolada no tratamento da depressão nas diferentes faixas etárias é consistente, sendo que tanto os treinos aeróbios como os treinos de resistência produziram melhorias significativas em pessoas com depressão (Izquierdo et al.,2021).

A promoção de exercício físico na população idosa, constitui uma intervenção de grande importância para o seu bem-estar, devendo ser incorporada em atividades de educação para a saúde, já que a baixa atividade física afeta a saúde e o estilo de vida, constituindo um fator de risco, levando à diminuição da qualidade de vida (Miller, 2012).

Na promoção de exercício físico, o EEER pode assumir diversas intervenções, como o ensino sobre os benefícios para a saúde, dar a conhecer as recomendações do tipo, frequência, intensidade e duração dos exercícios, bem como avaliar e intervir em fatores que influenciam a participação em exercício físico regular (Miller, 2012).

Ao longo do estágio e tendo em conta o tema central do presente relatório, foram concebidos programas de treino motor e cardiorrespiratório, tanto a nível individual como em grupo, com vista à maximização das capacidades das pessoas alvo de cuidados, bem como a promoção da prática de exercício físico regular, especialmente na população idosa. Foram implementados programas de treino com multicomponentes: força muscular (com e sem resistência), treinos aeróbios, treinos de equilíbrio e flexibilidade, com e sem materiais de apoio.

O treino de força muscular é utilizado na população idosa com o objetivo de melhorar a capacidade física. Este tipo de exercícios, baseados no princípio da sobrecarga (aplicação de carga gradual com o objetivo de aumentar o esforço durante o treino, provocando o desequilíbrio da homeostase e a procura de adaptação ao *stress*), podem reduzir a frequência de quedas, melhorando a independência e a qualidade de vida (Lemos et al., 2020). No entanto, estudos mais recentes demonstram que o treino com multicomponentes tem evidenciado benefícios na manutenção da funcionalidade, minimizando a sarcopenia, contribuindo para a manutenção do equilíbrio, da *performance* cardiorrespiratória e da flexibilidade (Lemos et al., 2020).

A prescrição de exercício físico para a população idosa deve incluir exercícios aeróbios, exercícios de força muscular e flexibilidade. As pessoas idosas com maior risco de queda ou com alterações da mobilidade, devem ainda realizar treino de equilíbrio em conjunto com os componentes referidos anteriormente (American College of Sports Medicine, 2009).

A conceção e implementação dos planos de treino tiveram em conta os resultados obtidos da revisão scoping realizada, sobre as intervenções promotoras de exercício físico na população idosa

(Apêndice I), agrupadas em 4 categorias principais: educação para a saúde; programas de exercício físico; auto-regulação/capacitação e monitorização e acompanhamento.

Na área da educação para a saúde, de forma individual e na família, foi abordada a temática da prática de exercício físico regular como motor para um envelhecimento ativo e saudável, tanto em internamento como em domicílio, aumentando a literacia em saúde, a literacia física e desmitificando a idade como barreira à prática de exercício. O acompanhamento em domicílio favoreceu o envolvimento da pessoa idosa e dos seus familiares, com a oportunidade de esclarecimento de dúvidas, atuando como estratégia eficaz da promoção da prática de exercício físico (Lima et al., 2017). Foi também desenvolvida uma visão de saúde atingível, contrariando os estereótipos negativos que a sociedade tem da pessoa idosa e do envelhecimento, bem como um discurso positivo à volta do envelhecimento, de forma a promover o compromisso com a prática do exercício físico regular (Bardach, et al, 2016).

Durante a implementação dos programas de treino motor e cardiorrespiratório, tentou-se intervir de forma a eliminar barreira à adesão e manutenção de programas de exercício como fornecer aconselhamento, esclarecer cada pessoa sobre os exercícios a realizar e adaptar o nível de exigência a cada participante (Bethancourt et al.,2014).

Para a promoção do exercício físico, foram realizados programas individualizados, em internamento e em domicílio, bem como foram realizados dois programas de exercício físico em grupo: “ReabilitAR” (Apêndices VIII e IX) e “Exercitar em Segurança: Sessão de exercício físico em cadeira” (Apêndice X), de forma a promover a socialização entre os participantes e a adesão ao exercício físico.

O programa “ReabilitAR” consistiu numa sessão de treino com duração de 90 minutos no exterior, composta por aquecimento, treino dinâmico (dividido em 3 estações) e alongamentos com recurso a materiais de apoio. Os circuitos concebidos tiveram em conta as diferentes limitações dos participantes, existindo alternativas consoantes as necessidades. Algumas pessoas realizaram o circuito em cadeira de rodas, enquanto outras realizaram o percurso a pé, bem como foram utilizados pesos diferentes nos exercícios de força consoante a capacidade de cada um.

O exercício físico ao ar livre requer controlo motor e agilidade cognitiva para abordar as necessidades motoras, enquanto se gerem estímulos ambientais e/ou tarefas concomitantes (Carey et al., 2018). O exercício ao ar livre encontra-se associado a sentimentos de envolvimento positivo, diminuição de sintomas de depressão, aumento da participação social e melhoria da qualidade de vida (Carey et al., 2018).

O programa “Exercitar em Segurança: Sessão de exercício físico em cadeira” consistiu numa sessão de treino com duração de 35 minutos, composta por aquecimento, treino dinâmico e alongamentos, com música. O treino dinâmico foi estruturado para ser realizado em cadeira por

participantes com incapacidade e com a finalidade de promover o equilíbrio, a força muscular, a resistência, a coordenação e a participação social. A sessão foi realizada com 20 participantes, com idades e limitações diferentes, tendo sido realizados exercícios de alongamento, força muscular e equilíbrio apenas com auxílio de uma cadeira e ao som de música. A avaliação da sessão foi extremamente positiva, sendo que todos os participantes se mostraram satisfeitos e disponíveis para realizar mais sessões.

Ambos os programas foram desenvolvidos e implementados em conjunto com as EEER orientadoras e foram cedidos às respectivas instituições de forma a possibilitar a sua reprodução futura.

A interação social é um importante motivador para a adesão de programas de exercício físico na população idosa. A existência de um elemento que integre os participantes de forma adequada, tornando a primeira experiência positiva, é de extrema importância para a adesão a novas atividades (Boulton et al., 2018). O estudo de Boulton et al. (2018) revela também, que para uma grande parte dos participantes, conhecer pessoas novas e socializar foram apontados como promotores da realização de exercício físico, mais do que a própria atividade em si.

Tanto os programas individuais como os programas de grupo foram concebidos de forma a constituírem-se como programas adaptáveis, acessíveis e flexíveis, pois segundo o estudo de Boulton et al. (2018), os participantes reconheceram a influência destes fatores na adesão à prática de exercício físico, considerando que um programa adaptável, que permita às pessoas realizarem os exercícios ao seu ritmo sem se sentirem preocupadas ou incapazes, é de extrema relevância.

Nos programas individuais foram aplicadas intervenções de auto-regulação/capacitação, como por exemplo a demonstração dos exercícios a realizar, sendo que as prescrições de exercício fornecidas em domicílio, em contexto de ECCI, foram complementadas com infografias para facilitar a sua implementação (Apêndice XIV). Os planos de exercícios concebidos tiveram em consideração objetivos realistas, formulados em parceria com a pessoa e o EEER.

A individualização de objetivos bem como a demonstração dos exercícios, são importantes fatores na promoção de exercício físico na população idosa. Irvine et al. (2013), aplicaram uma intervenção de exercício físico online, utilizando mensagens interativas, permitindo a personalização de objetivos e clarificando as atividades, obtendo resultados positivos na adesão à prática de exercício em participantes sedentários.

Como exemplo da aplicação de intervenções a este nível, reporta-se ao Sr. N.S., internado em serviço de reabilitação após internamento hospitalar prolongado, com síndrome de desuso significativo. Após avaliação do Sr. N.S., o mesmo revelou que o seu objetivo a curto alcance consistia em conseguir deambular com o auxiliar de marcha (andarilho) ao longo do corredor da unidade, sem sentir exaustão e

sem necessitar de recorrer a técnicas de descanso e conservação de energia durante o treino de marcha. Foi concebido um programa de treino cardiorrespiratório e de força muscular em conjunto com o mesmo, que consistia em exercícios respiratórios e de força muscular. Inicialmente o Sr. N.S. realizava cerca de 4 paragens ao longo do percurso, atingindo a pontuação 6 da escala de Borg modificada (Borg, 1982). Após 2 semanas de treino foi possível realizar o percurso com apenas uma paragem, atingindo a pontuação 4 na escala de Borg modificada (Borg, 1982). Os resultados positivos que iam ao encontro dos objetivos do Sr. N.S. aumentaram a sua motivação e adesão ao plano de reabilitação.

Foi fornecido sempre o acompanhamento individualizado e *feedback* ao longo dos programas de exercício físico, já que segundo Bethancourt et al. (2014), receber suporte profissional individualizado e orientações sobre como praticar exercício de forma segura, promove a adesão ao programa de exercício físico. Esta afirmação é suportada também por Bardach et al. (2016), que no seu estudo sublinha a importância de monitorização e *feedback* concreto para promover o exercício físico na população idosa.

Todas as prescrições de exercício físico realizadas à população idosa, ao longo do estágio, tiveram em conta o princípio FITT, as sessões contemplaram sempre 3 fases (aquecimento, treino de condicionamento e relaxamento) e foi utilizada a escala de Borg modificada (Borg, 1982) para controlo da intensidade dos programas, já que segundo Liguori et al. (2022), é a escala mais adequada para a definição de programas de exercício para a pessoa idosa, considerando a capacidade física de cada indivíduo bem como a sua condição de saúde.

Para terminar, destaca-se também, e em consonância com os descritores de Dublin, a disseminação do conhecimento sobre envelhecimento ativo e saudável através da coautoria dos capítulos “Envelhecimento ativo e saudável – desafios e oportunidades” e “Promover o exercício físico em pessoas com doença de Parkinson” do livro “As estratégias para viver ativamente com a doença de Parkinson” financiado pela FCT.

CONCLUSÃO

A realização do presente relatório, com base no projeto de estágio desenvolvido no início deste percurso, constituiu-se como oportunidade essencial para analisar e refletir sobre as oportunidades de crescimento profissional do EEER na promoção de exercício físico para a população idosa. O conhecimento teórico aliado à prática contribuiu para o desenvolvimento das competências definidas pela OE para a atribuição do título profissional de EEER, bem como para o desenvolvimento de competências estabelecidas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de ensino para a obtenção do grau de mestre.

Ao longo da elaboração deste relatório, ao descrever, analisar e refletir sobre o caminho percorrido, consideram-se os objetivos definidos como atingidos, uma vez que as diversas atividades realizadas permitiram desenvolver competências na avaliação, no planeamento e efetivação de intervenções do EEER na otimização/reeducação das funções motora, sensorial, cognitiva, cardíaca, respiratória, da eliminação e da sexualidade bem como desenvolver competências específicas de intervenção do EEER na área da promoção do exercício físico na pessoa idosa.

No domínio das competências comuns do enfermeiro especialista foi desenvolvida uma prática profissional sustentada na tomada de decisão ética de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, garantindo a proteção dos direitos humanos, bem como foi incentivada a prática de cuidados respeitando a segurança, a privacidade e a dignidade da pessoa. Os planos de enfermagem de reabilitação traçados nos diversos contextos foram construídos em parceria com a pessoa e família, aconselhando e apoiando as tomadas de decisão.

Na área da melhoria contínua da qualidade, foi possível a colaboração em programas implementados nos diferentes contextos, do qual se realça a formação de cuidadores formais para o cuidado à pessoa com demência bem como a formação sobre posicionamento, ambas em contexto comunitário. Foi também promovido um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança para as pessoas, através do diagnóstico, intervenção e avaliação das formações realizadas ao longo do estágio e através da prestação direta de cuidados de enfermagem de reabilitação personalizados.

Na área da gestão de cuidados foram desenvolvidas competências de gestão (recursos humanos e materiais) e coordenação dos cuidados de enfermagem na equipa multidisciplinar. Neste sentido realça-se a realização da atividade “ReabilitAR”, que pela sua complexidade exigiu a coordenação da equipa multidisciplinar, a gestão de recursos materiais e humanos bem como a gestão de horários.

Na área do desenvolvimento de aprendizagens foram prestados cuidados de enfermagem baseados na evidência científica na área da especialidade. Ao longo do estágio, a busca pelo conhecimento, o estudo diário e a procura da melhor evidência científica foi uma contante para a prestação de cuidados, bem como a sua partilha com a equipa multidisciplinar, proporcionando uma tomada de decisão mais eficiente e contribuindo para uma prestação de cuidados de excelência.

Realça-se a concretização da revisão *scoping*: Intervenções de promoção do exercício físico na pessoa idosa, que permitiu intervir ao longo dos diferentes contextos de forma sustentada ao nível da prescrição e acompanhamento de programas de exercício físico direcionados à pessoa idosa.

O envelhecimento demográfico é uma realidade para a qual todos deveremos estar despertos e preparados, já que o desenvolvimento sustentável das sociedades dependerá da sua preparação na resposta às necessidades da população mais idosa.

São essenciais ações que melhorem e incentivem o envelhecimento ativo e saudável, e o EEER encontra-se numa posição de extrema relevância para intervir neste sentido. Ao possuir a competência de conceber, concretizar, avaliar e reformular planos de reabilitação motora e cardiorrespiratória, prescrevendo exercícios adaptados à pessoa idosa, tem a hipótese de melhorar a capacidade funcional, contribuindo para um melhor desempenho no autocuidado, para uma melhoria significativa da saúde mental e para a promoção da interação social, o que se reflete em qualidade de vida e participação ativa da pessoa idosa na sociedade.

No domínio das competências específicas do EEER, foram avaliadas alterações da funcionalidade que determinavam limitações no autocuidado e concebidos planos de intervenção promotores de capacidades adaptativas, com vista ao autocuidado. Para tal, a aplicação da teoria das consequências funcionais de Carol Miller foi extremamente relevante. Foi possível avaliar alterações relacionadas com o processo de envelhecimento bem como os fatores de risco das pessoas alvo de cuidados, e intervir nas consequências funcionais negativas (através do exercício) transformando-as em consequências funcionais positivas (melhoria da funcionalidade, qualidade de vida e bem-estar).

Foi também focada a área da capacitação de pessoas com limitações de atividade, promovendo a participação no exercício da cidadania, através do desenvolvimento de programas de treino de AVD e da eliminação de barreiras no contexto diário da pessoa, com vista à adaptação e maximização da autonomia.

A maximização da funcionalidade da pessoa foi conseguida através da implementação e avaliação de programas de treino motor, cardíaco e respiratório, destacando-se a utilização de estratégias promotoras de exercício físico em particular na população idosa.

Ao longo do estágio, a prática baseou-se em conhecimento e compreensão avançada. As diversas intervenções, especialmente ao nível da formação e melhoria da qualidade, exigiram um estudo aprofundado sobre as temáticas abordadas e a mobilização de novos saberes adquiridos ao longo do curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.

Realça-se também o trabalho conjunto com a equipa multidisciplinar na tomada de decisão e na realização de diferentes atividades, que foi essencial no desenvolvimento do conhecimento e da capacidade de resolução de problemas.

O trabalho conjunto e a partilha de conhecimentos com as EEER orientadoras, possibilitou a integração de novos conhecimentos e o planeamento e intervenção em situações complexas com responsabilidade ética e social.

As ações de formação realizadas para os diversos grupos profissionais, incluindo enfermeiros especialistas, foi de extrema importância no desenvolvimento da comunicação de conclusões, conhecimento e raciocínio, tal como preconizado pelos descritores de Dublin para o 2º ciclo de ensino.

O aprofundar de conhecimentos e competências na área da enfermagem de reabilitação permitiu o desenvolvimento quer pessoal, quer profissional, contribuindo sem dúvida para a melhoria da prestação de cuidados e para uma efetiva abordagem diferenciada do processo de Enfermagem.

Relativamente a limitações, ou pontos fracos, destaca-se o facto do estágio, que apesar de proporcionar uma visão global ao ser realizado em diferentes contextos (internamento, domicílio e comunidade), acaba por ser fragmentado num curto espaço de tempo, não permitindo a realização de algumas intervenções mais elaboradas, especialmente na área da promoção do exercício físico na população idosa, não sendo possível uma demonstração efetiva de resultados e ganhos em saúde. Acresce o facto do estágio ser realizado em conjunto com horário de trabalho completo, aumentando a sobrecarga percebida, no entanto, a disponibilidade dos diferentes EEER orientadores, do professor orientador, dos restantes profissionais de saúde e pessoas que cuidei, foram elementos de motivação que permitiram ultrapassar este desafio

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American College of Sports Medicine. (2009). Exercise and physical activity for older adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 41(7), 1510–1530. https://journals.lww.com/acsm-msse/Fulltext/2009/07000/Exercise_and_Physical_Activity_for_Older_Adults.20.aspx
- Andrade, A. I., & Martins, F. (2017). Mestrado profissional e formação de professores: Experiências, desafios e perspectivas para a educação básica. *Educar em revista*, (63), 137 -154. <https://doi.org/10.1590/0104-4060.49134>
- Araújo, P., Soares, A., Ribeiro, O., & Martins, M. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema nervoso. In O. Ribeiro (Coord.), *Enfermagem de reabilitação, concepções e práticas* (pp. 164-233). Lidel.
- Araújo, T. C. O. S. C., Sanguinetti, D. C. M., & Marcelino, J. F. Q. (2022). Use of rehabilitation technology by occupational therapists: A scope review. *Research, Society and Development*, 11(16), 1-15. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i16.38146>
- Baixinho, C. L., Ferreira, R., Nunes, A. C., & Sousa, L. (2021). Capítulo VII: Promoção da saúde e prevenção da doença na pessoa idosa. In M. L. F. Almeida, J. P. A. Tavares, & J. S. S. Ferreira (Coords.), *Competências em enfermagem gerontogeriatrica: Uma exigência para a qualidade do cuidado. Série monográfica educação e investigação em saúde* (pp. 141-151). Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA)/ Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. www.ordemenfermeiros.pt/media/25004/monografia_19_1.pdf
- Bardach, S., Schoenberg, N., & Howell, B. (2016). What motivates older adults to improve diet and exercise patterns? *Journal of Community Health*, 41(1), 22–29. <https://doi.org/10.1007/s10900-015-0058-5>
- Belli, S., Prince, I., Savio, G., Paracchini, E., Cattaneo, D., Bianchi, M., Masocco, F., Bellanti, M. T., & Balbi, B. (2021). Airway clearance techniques: The right choice for the right patient. *Frontiers in Medicine*, 8, Artigo 544826, 1 -10. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.544826>
- Benbow, W., & Jordan, G. (2018). Interprofessional practice and changing roles in nursing. In W. Benbow, & G. Jordan (Eds.), *A handbook for student nurses introducing key issues relevant for practice* (pp. 143–162). Lantern Publishing Ltd.
- Berg, K. O., Wood-Dauphinee, S. L., Williams, J. I., & Maki, B. (1992). Measuring balance in the elderly: Validation of an instrument. *Canadian Journal of Public Health*, 83(2), S7-S11. https://www.researchgate.net/publication/21687774_Measuring_balance_in_the_elderly_Valid_ation_of_an_instrument
- Bethancourt, H. J., Rosenberg, D. E., Beatty, T., & Arterburn, D. E. (2014). Barriers to and facilitators of physical activity program use among older adults. *Clinical Medicine & Research*, 12(1–2), 10–20. <https://doi.org/10.3121/cmr.2013.1171>
- Bohannon, R. W., & Smith, M. B. (1987). Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. *Physical Therapy*, 67(2), 206–207. https://www.researchgate.net/publication/19353182_Interrater_Reliability_of_a_Modified_Ashworth_Scale_of_Muscle_Spasticity
- Borg, G. A. (1982). Psychophysical bases of perceived exertion. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 14(5), 377–381. <https://journals.lww.com/acsm-msse/pages/articleviewer.aspx?year=1982&issue=05000&article=00012&type=abstract>
- Boulton, E. R., Horne, M., & Todd, C. (2018). Multiple influences on participating in physical activity in older age: Developing a social ecological approach. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 21(1), 239–248. <https://doi.org/10.1111/hex.12608>
- Broekhuizen, K., de Gelder, J., Wijsman, C. A., Wijsman, L. W., Westendorp, R. G. J., Verhagen, E., Slagboom, P. E., de Craen, A. J., van Mechelen, W., van Heemst, D., van der Ouderaa, F., &

- Mooijaart, S. P. (2016). An internet-based physical activity intervention to improve quality of life of inactive older adults: A randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 18(4), e74. <https://doi.org/10.2196/jmir.4335>
- Cabete, D. (2008). Perspectivas de formação avançada em enfermagem: Um olhar para o panorama internacional. *Pensar Enfermagem*, 12(1), 48-52. https://www.researchgate.net/publication/266327370_Perspectivas_da_formacao_avancada_e_m_enfermagem_um_olhar_para_o_panorama_internacional
- Carey, S., Salawu, A., & Glynn, M. (2018). A review of outdoor mobility in a geriatric rehabilitation unit. *Age and Ageing*, 47(5), 13-60. <https://doi.org/10.1093/ageing/afy140.37>
- Castro, I. S., & Corrêa, K. (2022). A mobilização precoce está associada à melhor funcionalidade no pós-operatório de cirurgias abdominais? *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 26(3), 748-763. https://pdfs.semanticscholar.org/671b/ec39307f131c9e13ad4aa0f1c0f14d60b530.pdf?_gl=1*_6il_gj4*_ga*MTgwNzg0MzgxOS4xNzExNDkyMzAx*_ga_H7P4ZT52H5*MTcxNjMxMzgxNS4yLjAuMTcxNjMxMzgxNi41OS4wLjA
- Chia, F., Huang, W. Y., Huang, H., & Wu, C. E. (2023). Promoting healthy behaviors in older adults to optimize health-promoting lifestyle: An intervention study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2). <https://doi.org/10.3390/ijerph20021628>
- Cipriano, I., & Pereira, T. (2019). O exercício físico aplicado a pessoas idosas. In T. Pereira (Coord.), *Abordagem geriátrica ampla na promoção de um envelhecimento ativo e saudável - Componentes do modelo de intervenção AGA@4life* (pp.43-59) Instituto Politécnico de Coimbra. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32913/1/Ebook_N%c2%ba17_AGA%404life.pdf
- Cohen-Mansfield, J., & Sommerstein, M. (2019). Motivating inactive seniors to participate in physical activity: A pilot RCT. *American Journal of Health Behavior*, 43(1), 195–206. <https://doi.org/10.5993/AJHB.43.1.16>
- Couto, G., Silva, R., Mar, M., & Gomes, B. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso do sistema cardiorespiratório. In O. Ribeiro (Coord.), *Enfermagem de reabilitação, conceções e práticas* (pp. 234-280). Lidel.
- Davodi, S. R., Zendehtalab, H., Zare, M., & Behnam Vashani, H. (2023). Effect of health promotion interventions in active aging in the elderly: A randomized controlled trial. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 11(1), 34–43. <https://doi.org/10.30476/IJCBNM.2022.96246.2117>
- Departamento de Desenvolvimento Social e Programas. (2024). *Guia Prático - Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (SAPA)*. Instituto da Segurança Social, I.P. https://www.seg-social.pt/documents/10152/12207936/N63_Sistema_Atribuicao_Produtos_Apoio_SAPA/ac2d7eac-1a73-4078-8a4c-31b37bc0c5a7
- Direção-Geral da Saúde. (2003). *A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor – Circular normativa*. https://sip-pt.pt/wp-content/uploads/2022/04/Circular-Normativa-No09_DGCG-A-Dor-como-5o-Sinal-Vital-PT.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2016). *Estratégia nacional para a promoção da atividade física, da saúde e do bem-estar*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estrategia-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica-da-saude-e-do-bem-estar-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Relatório sobre o ponto de situação global da atividade física 2022: Sumário executivo*. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/365405/9789240060449-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- European Commission. (2021). *The 2021 ageing report economic & budgetary projections for the EU member states (2019-2070)*. http://economy-finance.ec.europa.eu/publications/2021-ageing-report-economic-and-budgetary-projections-eu-member-states-2019-2070_en#files

- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Frade, J., Henriques, C., & Frade, M. (2021). A integração da família nos cuidados de enfermagem: Perspetiva de enfermeiros e estudantes de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7). <https://www.redalyc.org/journal/3882/388269408003/388269408003.pdf>
- Granger, C. V., Hamilton, B. B., Keith, R. A., Zielezny, M., & Sherwin, F. (1986). Advances in functional assessment for medical rehabilitation. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 1(3), 59-74. http://journals.lww.com/topicsingeriatricrehabilitation/Abstract/1986/04000/Advances_in_functional_assessment_for_medical.7.aspx
- Grupo de Trabalho Interministerial. (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025* (Despacho n.º12427/2016). www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf
- Harada, K. (2022). Effectiveness, moderators and mediators of self-regulation intervention on older adults' exercise behavior: A randomized, controlled crossover trial. *International Journal of Behavioral Medicine*, 29(5), 659–675. <https://doi.org/10.1007/s12529-021-10049-3>
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Projeções de população residente em Portugal*. http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt#:~:text=Em%20Portugal%2C%20o%20C3%ADndice%20de%20envelhecimento%20s%C3%B3%20tender%C3%A1,diminuir%C3%A1%20de%206%2C6%20para%204%2C2%20milh%C3%B5es%20de%20pessoas.
- Irvine, A. B., Gelatt, V. A., Seeley, J. R., Macfarlane, P., & Gau, J. M. (2013). Web-based intervention to promote physical activity by sedentary older adults: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 15(2), e19. <https://doi.org/10.2196/jmir.2158>
- Ito, M. (2020). Patient-centered care. In S. Gogia (Ed.), *Fundamentals of telemedicine and telehealth* (pp. 115 – 126). https://www.researchgate.net/publication/338313003_Patient-centered_care
- Izquierdo, M., Merchant, R. A., Morley, J. E., Anker, S. D., Aprahamian, I., Arai, H., Aubertin-Leheudre, M., Bernabei, R., Cadore, E. L., Cesari, M., Chen, L. K., de Souto Barreto, P., Duque, G., Ferrucci, L., Fielding, R. A., Garcia-Hermoso, A., Gutiérrez-Robledo, L. M., Harridge, S. D. R., Kirk, B., & Kritchevsky, S. (2021). International exercise recommendations in older adults (ICFSR): Expert consensus guidelines. *Journal of Nutrition, Health & Aging*, 25(7), 824–853. <https://doi.org/10.1007/s12603-021-1665-8>
- Jester, R. (2007). The way forward. In R. Jester, (Ed.), *Advancing practice in rehabilitation nursing* (pp. 185-197). Blackwell Publishing
- Joint Quality Initiative informal group. (2004). *Shared “Dublin” descriptors for Short Cycle, First Cycle, Second Cycle and Third Cycle Awards*. https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/51212/1/2017_DianasClaisyLeandroJoaquim.pdf
- Jones, G. R., Stathokostas, L., Young, B. W., Wister, A. V., Chau, S., Clark, P., Duggan, M., Mitchell, D., & Nordland, P. (2018). Development of a physical literacy model for older adults - A consensus process by the collaborative working group on physical literacy for older Canadians. *BMC Geriatrics*, 18(1), 13. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0687-x>
- Kang, G.-R., Kim, I. K., Kim, W. J., & Lee, D.-Y. (2017). Promotion of adequate exercise for chronic disorders' elderly through paced music. *Studies in Health Technology and Informatics*, 245, 136–140. <https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=4d8c076e-ecf6-49b3-86fb-e6efc1cded1a%40redis>
- Kenney, W., Wilmore, J., & Costill, D. (2015). *Physiology of sport and exercise* (6ª ed.). Human Kinetics.
- Kleinke, F., Ulbricht, S., Dörr, M., Penndorf, P., Hoffmann, W., & van den Berg, N. (2021). A low-threshold intervention to increase physical activity and reduce physical inactivity in a group of healthy

- elderly people in Germany: Results of the randomized controlled MOVING study. *PLOS ONE*, 16(9), e0257326. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257326>
- Koeneman, M. A., Chorus, A., Hopman-Rock, M., & Chinapaw, M. J. M. (2017). A novel method to promote physical activity among older adults in residential care: An exploratory field study on implicit social norms. *BMC Geriatrics*, 17(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0394-z>
- Komatsu, H., Yagasaki, K., Oguma, Y., Saito, Y., & Komatsu, Y. (2020). The role and attitude of senior leaders in promoting group-based community physical activity: A qualitative study. *BMC Geriatrics*, 20(1), 380. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01795-2>
- Kwame, A., & Petrucka, P. M. (2021). A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: Barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nursing*, 20, 158. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00684-2>
- Labrague, L. J., McEnroe-Petitte, D., D'Souza, M. S., Cecily, H. S. J., Fronda, D. C., Edet, O. B., Ibebuike, J. E., Venkatesan, L., Almazan, J. U., Al Amri, M., Mirafuentes, E. C., Cayaban, A. R. R., Al Yahyaei, A., & Bin Jumah, J. A. (2019). A multicountry study on nursing students' self-perceived competence and barriers to evidence-based practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 16(3), 236–246. <https://doi.org/10.1111/wvn.12364>
- Lemos, E. C., Guadagnin, E., & Mota, C. (2020). Influence of strength training and multicomponent training on the functionality of older adults: Systematic review and meta-analysis. *Revista Brasileira De Cineantropometria & Desempenho Humano*, 22. <https://doi.org/10.1590/1980-0037.2020v22e6070>
- Liguori, G., Feito, Y., Fountaine, C., & Roy, B. (2021). *ACSM's guidelines for exercise testing and prescription* (11th ed.). American College of Sports Medicine.
- Lima, J. J., Miranda, K. C. L., Cestari, V. R. F., & Pessoa, V. L. M. P. (2022). Art in evidence-based nursing practice from the perspective of Florence Nightingale. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(4), e20210664. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0664>
- Lima, P. A., Silva, M. G. F., Ferreira, J. D. F., Morais, P. C. A., Maurício, T. F., & Moreira, R. P. (2017). Educational activities on cardiovascular health for the elderly people at home. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, 11(11), 4498–4504. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/15022/0>
- Lorini, C., Buscemi, P., Mossello, E., Schirripa, A., Giammarco, B., Rigon, L., Alhora, G., Giorgetti, D., Biamonte, M. A., Fattorini, L., Bruno, R. M., Giusti, G., Longobucco, Y., Ungar, A., & Bonaccorsi, G. (2023). Health literacy of informal caregivers of older adults with dementia: Results from a cross-sectional study conducted in Florence (Italy). *Aging Clinical and Experimental Research*, 35(1), 61–71. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9580430/>
- Machado, D. R., Brás, M. A., Almeida, A., Costa, L., & Anes, E. (2021). Emoções na saúde. *International Journal of Developmental and Educational Psychology (INFAD)*, 1(1), 199–204. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/25265/1/8%20-%20Artigo%20-%20EMO%20c3%87%20c3%95ES%20NA%20SA%20c3%9aDE%20-%20INFAD%202021.pdf>
- Martins, M. M., Ribeiro, O., & Schoeller, S. D. (2021). Investigação e inovação em enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Coord.), *Enfermagem de reabilitação, conceções e práticas* (pp. 38-45). Lidel.
- McKay, H., Nettlefold, L., Bauman, A., Hoy, C., Gray, S. M., Lau, E., & Sims-Gould, J. (2018). Implementation of a co-designed physical activity program for older adults: Positive impact when delivered at scale. *BMC Public Health*, 18(1), 1289. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6210-2>
- Medical Research Council. (1943). *Aids to the investigation of peripheral nerve injuries (War Memorandum No. 7)*. <https://www.ukri.org/wp-content/uploads/2021/12/MRC-011221-AidsToTheExaminationOfThePeripheralNervousSystem.pdf>

- Melo, R., Rua, M., Santos, C., Novais, S., Mota, L., Príncipe, F., & Silva, M. (2021). Intervenção de enfermagem e coping na transição para cuidador familiar. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 4(1), 61–73. <https://doi.org/10.37914/riis.v4i1.119>
- Mendes, A. M. (2021). Prefácio. In M. L. F. Almeida, J. P. A. Tavares, & J. S. S. Ferreira (Coords.), *Competências em enfermagem gerontogeriatrica: Uma exigência para a qualidade do cuidado. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde* (p. 5–6). Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)/Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. http://www.ordemenfermeiros.pt/media/25004/monografia_19_1.pdf
- Menoita, E. C., Sousa, L. M., Alvo, I. B. P., Vieira, C. M. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente*. Lusociência.
- Miller, C. A. (2012). *Nursing for wellness in older adults* (6ª ed.). Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Morse, J. M., Morse, R. M., & Tylko, S. J. (1989). Development of a Scale to Identify the Fall-Prone Patient. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillissement*, 8(4), 366–377. <https://doi.org/10.1017/S0714980800008576>
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bedirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., ... & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695–699. <http://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- Nora, C. R. D., Deodato, S., Vieira, M. M. da S., & Zoboli, E. L. C. P. (2016). Elements and strategies for ethical decision-making in nursing. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 25(2). <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004500014>
- Ordem dos enfermeiros - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9811/docinstrurecolhadadosenfreatilita%C3%A7%C3%A3o_vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor - Guia orientador de boa prática*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8897/gobp_mobilidade_vf_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Assembleia do Colégio da Especialidade de enfermagem de reabilitação: Áreas de Investigação prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. http://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Guia Orientador de Boa Prática - Reabilitação Respiratória*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Regulamento n.º 140/2019 - Diário da República, 2.ª série — N.º 26*. <http://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Regulamento n.º 392/2019 - Diário da República, 2.ª série — N.º 85*. http://www.ordemenfermeiros.pt/media/17071/regulamento-n%C2%BA-392-2019_regulamento-das-compet%C3%A2ncias-espec%C3%ADficas-do-eer.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Guia orientador de boas práticas: prescrição de dispositivos e produtos de apoio no âmbito dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31056/gobpdispositivosprodutosapoio_v8_ok.pdf
- Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. (2005). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por
- Petronilho, F., Pereira, F., & Silva, A. (2016). Evolução e destino das pessoas dependentes no autocuidado: estudo longitudinal. *Revista Investigação em Enfermagem*, 18(2), 33-43. https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/63436/1/Evolu%C3%A7%C3%A3o_e_destino_das_pessoas_dependentes_no_autocuidado_estudo_longitudinal_RIE_n%C2%BA18_fev_2017_%282%29.pdf
- Physical Activity Guidelines Advisory Committee. (2018). *Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report*. Department of Health and Human Services. https://health.gov/sites/default/files/2019-09/PAG_Advisory_Committee_Report.pdf
- Porto Editora. (2024). *Relatório no Dicionário infopédia da Língua Portuguesa*. Porto Editora. <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/relatório>
- Quadro Nacional de Qualificações do Ensino Superior. (2011). *Relatório da comissão internacional sobre a verificação da compatibilidade com o quadro de qualificações do espaço europeu do ensino superior*. https://wwwcdn.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_ensino_superior_portugal_qq-eees_0.pdf
- Queirós, A. (2001). Capítulo 1: Fundamentos da Ética, Clarificação de conceitos. In A. Queirós, *Ética e Enfermagem* (pp 17 - 26). Quarteto Editora.
- Ribeiro, O., Faria, A., & Ventura, J. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação, classificações e sistemas de informação. In O. Ribeiro (Coord.), *Enfermagem de Reabilitação, conceções e práticas* (pp 19 - 27). Lidel.
- Rocha, I., Pinto, C. B., & Carvalho, A. L. (2021). Job satisfaction and emotional competence of nurses at inpatient hospital services. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 16, 103-110. <https://doi.org/10.29352/mill0216.24955>
- Rodrigues, F., & Viegas, L. (2022). Intervenção de enfermagem centrada no cuidador familiar em sobrecarga. *Revista De Investigação & Inovação Em Saúde*, 5(1), 97–111. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i1.197>
- Sansano-Nadal, O., Giné-Garriga, M., Brach, J. S., Wert, D. M., Jerez-Roig, J., Guerra-Balic, M., Oviedo, G., Fortuño, J., Gómara-Toldrà, N., Soto-Bagaria, L., Pérez, L. M., Inzitari, M., Solà, I., Martin-Borràs, C., & Roqué, M. (2019). Exercise-based interventions to enhance long-term sustainability of physical activity in older adults: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(14). <https://doi.org/10.3390/ijerph16142527>
- Santos, M. (2021). A gestão e a liderança em serviços de enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Coord.), *Enfermagem de Reabilitação, conceções e práticas* (1st ed., pp. 19-27). Lidel.
- Vasconcelos, M. (2021). Ética em Enfermagem de Reabilitação. In O. Ribeiro (Coord.), *Enfermagem de Reabilitação, conceções e práticas* (1st ed., pp. 34-37). Lidel.
- Violante, P., & Cruz, A. (2016). Efetividade de ensino pré-operatório em doentes submetidos a artroplastia total da anca. In A. Morais, A. Cruz, & C. Oliveira, *Enfermagem de Reabilitação: Resultados de Investigação* (pp.43-63). Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)/ Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). https://www.researchgate.net/publication/313388320_Efetividade_de_ensino_pre-operatorio_em_doentes_submetidos_a_artroplastia_total_da_anca

- Vivente, B., Santos, I., & Santiago, M. da C. (2021). Capacitar as ajudantes de ação direta para bem comunicar com o idoso. *Revista Da UI_IPSantarém*, 9(1). <https://doi.org/10.25746/ruiips.v9.i1.24830>
- Walker, T. J., Foster, M., Szeszulski, J., Craig, D. W., Mullen, P. D., & Fernández, M. E. (2022). Evidence-Based Intervention (EBI) Mapping: A systematic approach to understanding the components and logic of EBIs. *BMC Public Health*, 22(1), 1300. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13692-x>
- World Health Organization & United Nations Children's Fund. (2022). *Global report on assistive technology*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354357/9789240049451-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization & United Nations. (2017). *UN Decade of Healthy Ageing: 2020–2030*. <http://www.who.int/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action>
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework*. <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>
- World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. <http://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>
- World Health Organization. (2017). *Rehabilitation in health systems*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/254506/9789241549974-eng.pdf?sequence=8>
- World Health Organization. (2018). *Global action plan on physical activity 2018–2030: More active people for a healthier world*. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- World Health Organization. (2020). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. <http://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>
- World Health Organization. (2022). *Ageing and health*. <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- XXI Governo Constitucional. (2016). *Diário da República: Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Despacho nº 6401/2016*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/6401-2016-74443131>
- XXI Governo Constitucional. (2017). *Diário da República: Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Despacho nº 8932/2017*. http://doc.iasaude.pt/attachments/article/3220/despacho_8932_2017_promocao_atividade_fisica.pdf
- Yamashita, M., Mashizume, Y., Yama, K., Sasaki, S., Uehara, D., & Kamiya, K. (2023). Protocols and Features of Goal-Setting-Based Intervention for Frail Older Adults in Community Exercise Facilities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2). <https://doi.org/10.3390/ijerph20021615>

APÊNDICES

APÊNDICE I – PROTOCOLO DE REVISÃO SCOPING

PROTOCOLO DE REVISÃO SCOPING

Título - Intervenções de Promoção do Exercício Físico na Pessoa Idosa: Revisão Scoping.

Objetivo - Identificar na literatura intervenções promotoras do exercício físico na pessoa idosa.

Questão de investigação - Quais são as intervenções promotoras do exercício físico na população idosa?

População - População idosa.

Conceito - Intervenções de promoção de exercício físico.

Contexto - Promoção da saúde.

Bases de dados - Bases de dados CINAHL Complete, MEDLINE Complete e Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive pela plataforma EBSCOhost através do site da Ordem dos Enfermeiros.

Descritores – Exercise; older adults or elderly e Health Promotion.

Critérios de Inclusão:

- Artigos científicos, independentemente da tipologia de estudo, que responderam à questão de investigação;
- Artigos publicados em inglês, português e espanhol;
- Texto completo e online;
- Artigos publicados entre 2013 e 2023 .

Critérios de Exclusão - artigos com o foco em efeitos do exercício físico e não em intervenções que promovessem a adesão à prática regular de exercício físico.

APÊNDICE II – PROJETO DE ESTÁGIO/PLANO DE ATIVIDADES

Objetivos Gerais:

1. Desenvolver competências no planeamento, realização e avaliação de intervenções específicas do EEER na otimização/reeducação das funções motora, sensorial, cognitiva, cardíaca, respiratória, da eliminação e da sexualidade.
2. Desenvolver competências específicas de intervenção do EEER na área da promoção do exercício físico na pessoa idosa.

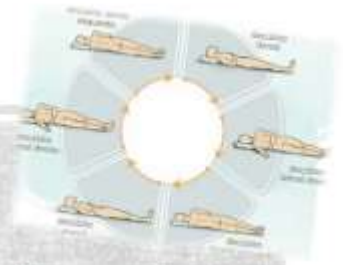
Objetivos Específicos e Planeamento de Atividades para aquisição de Competências:

Competências	Objetivos	Atividades
<p>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.</p> <p>A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p>	<p>Desenvolver uma prática profissional sustentada em tomada de decisão ética de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, garantindo a proteção dos direitos humanos.</p> <p>Fomentar, na equipa, práticas de cuidados respeitando a segurança, a privacidade e a dignidade da pessoa.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Planear em conjunto com a pessoa, estratégias para a resolução de problemas;• Participar no processo de tomada de decisão em equipa, suportando a participação em conhecimento científico;• Promover a prática de cuidados de enfermagem com base na deontologia profissional.
<p>B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.</p> <p>B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.</p> <p>B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro.</p>	<p>Colaborar em programas de melhoria contínua nos locais de estágio</p> <p>Promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança para as pessoas.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Reunir com o enfermeiro gestor e EEER de forma a conhecer o funcionamento, dinâmica e projetos dos serviços;• Consultar protocolos e projetos desenvolvidos nos serviços;• Reunir com o enfermeiro gestor e EEER de forma a identificar as necessidades de formação em serviço;• Participar nos projetos de melhoria contínua da qualidade em desenvolvimento/implementados nos serviços;• Garantir a prestação de cuidados em ambiente seguro à pessoa e família.
<p>C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a</p>	<p>Desenvolver competências de gestão (recursos humanos e materiais) e</p>	<ul style="list-style-type: none">• Participar nas decisões da equipa multidisciplinar;

<p>articulação na equipa de saúde</p> <p>C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados</p>	<p>coordenação dos cuidados de enfermagem na equipa multidisciplinar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Referenciar a pessoa para outros profissionais da equipa multidisciplinar quando for necessário; • Gerir os recursos disponíveis (humanos e materiais) de forma eficiente na prestação de cuidados; • Envolver os elementos da equipa de enfermagem durante a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação; • Supervisionar cuidados delegados, garantindo a segurança e conforto da pessoa.
<p>D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade</p> <p>D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica</p>	<p>Prestar cuidados de enfermagem baseados na evidência científica na área da especialidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar as necessidades de formação pessoal, consoante os contextos de estágio e pessoas a cuidar; • Facilitar a aprendizagem, em contexto de trabalho; • Suportar a prática clínica em evidência científica; • Avaliar necessidade de formação/investigação nos serviços; • Colaborar na divulgação do conhecimento e na prática baseada em evidência.
<p>J1 — Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</p>	<p>Avaliar alterações na funcionalidade que determinem limitações no autocuidado</p> <p>Conceber planos de intervenção promotores de capacidades adaptativas com vista ao autocuidado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a capacidade funcional da pessoa na satisfação das suas necessidades humanas básicas através da escala de Medida de Independência Funcional (MIF); • Avaliar risco de queda através da escala de Morse; • Avaliar força muscular através da escala Medical Research Council (MRC); • Avaliar Equilíbrio através da escala de Berg; • Avaliar a função cognitiva através da escala Mini mental State Examination ou Montreal Cognitive Assessment (MoCA); • Avaliar a dor através de escala numérica; • Avaliar aspetos psicossociais que possam interferir em processos de adaptação; • Implementar intervenções planeadas com o objetivo de otimizar/reeducar as funções motora, sensorial, cognitiva, cardíaca, respiratória, da eliminação e da sexualidade; • Promover a continuidade de cuidados nos diferentes contextos.
<p>J2 — Capacita a pessoa com deficiência,</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Conceber e Implementar programas de treino de atividades

<p>limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</p>	<p>Desenvolver programas de treino de atividades de vida diária com vista à adaptação e maximização da autonomia</p> <p>Colaborar para a eliminação de barreiras no contexto diário da pessoa.</p>	<p>de vida diária e atividades instrumentais de vida diária;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar barreiras arquitetónicas em contexto domiciliário; • Identificar barreiras à participação social, acessibilidade e mobilidade da pessoa no seu contexto diário; • Melhorar o conhecimento sobre legislação e ajudas técnicas promotoras de autonomia e participação social; • Utilizar sistemas de apoio na comunidade para promover a reintegração e a adaptação familiar e social.
<p>J3 — Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>	<p>Implementar programas de treino motor, cardíaco e respiratório.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conceber, prescrever e aplicar programas de treino motor, cardíaco e respiratório, tendo em vista a promoção da saúde, a prevenção de complicações e a reabilitação das pessoas nos diversos contextos: internamento, domicílio e comunidade; • Promover a prática do exercício físico na pessoa idosa; • Ensinar, instruir e treinar técnicas de promoção do autocuidado, conservação de energia e atividades instrumentais de vida diária; • Avaliar a capacidade funcional da pessoa na satisfação das suas necessidades humanas básicas através da escala de MIF; • Avaliar risco de queda através da escala de Morse; • Avaliar força muscular através da escala MRC; • Avaliar Equilíbrio através da escala de Berg; • Avaliar a função cognitiva através da escala Mini mental State Examination ou MoCA; • Avaliar a dor através de escala numérica; • Monitorizar os ganhos obtidos tendo em conta os objetivos traçados com a pessoa.

APÊNDICE III – SESSÃO DE FORMAÇÃO: POSICIONAR... PARA NÃO LESIONAR



Posicionar... Para não Lesionar

Cláudia Santos^{1,2}; Júlio Belo Fernandes³ e

- 1- Aluna 1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Egas Moniz School of Health & Science;
- 2- Hospital Garcia de Orta, E.P.E.
- 3- Professor Doutor na Egas Moniz School of Health & Science;

Índice



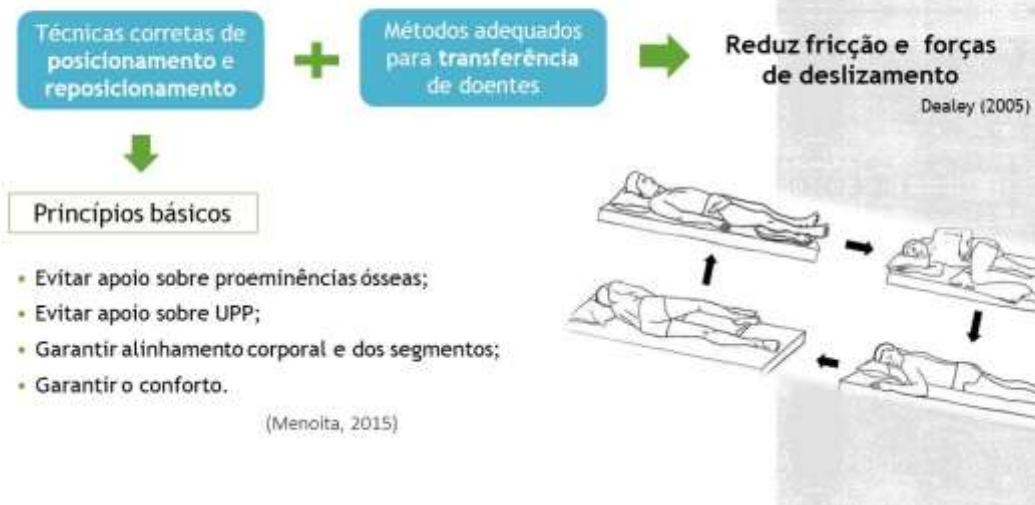
Introdução

A imobilidade ocorre quando a pessoa é incapaz de se mobilizar, mudar de posição de forma independente ou quando a mobilidade é restringida por razões clínicas.

(Potter & Perry, 2006)



Posicionar... Porquê?



Posicionar... Como?

Decúbito Dorsal



Decúbito Lateral (Esquerdo/direito)



Decúbito Semi-Dorsal (Esquerdo/direito)



Fonte: Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P. (2017)

Posicionar... Como?

Posicionamento Fowler/Semi-Fowler



Cadeira/Cadeira de Rodas



Fonte: Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P. (2017)

Posicionar... Pode lesionar

Estudo descritivo com 190 cuidadores informais de utentes pós AVC (Sul do Brasil)

Posicionamento

Dos 134 cuidadores informais, 43,3% apresentam dificuldade na realização da técnica e não têm em consideração a sua postura durante a realização da atividade



Posicionar ... Sem Lesionar

Fardamento confortável, que permita toda a amplitude de movimentos e calçado fechado para diminuir o risco de lesão na mudança de direção.

Planear e repartir os movimentos

Avaliar recursos humanos e técnicos disponíveis e a ajuda que a pessoa pode dar - cada profissional não deve levantar mais de 35% do seu peso corporal

Utilizar sempre que possível:

- Equipamento regulável em altura, ajustando-o de acordo com o centro de gravidade do profissional e o tipo de procedimento a realizar;
- Auxiliares mecânicos: roller aid, easy slide, transfer, elevadores, resguardos ou outros

(Carinhas, 2013)



Posicionar... Sem Lesionar



Na execução de esforços, manter a região dorso-lombar direita, fletir os joelhos evitando a inclinação anterior do tronco a um ângulo superior a 10° e colocar a força nos músculos dos membros inferiores

Evitar movimentos de rotação e flexão da coluna, manter o alinhamento corporal, a postura do tronco e a posição dos pés na direção do movimento a realizar

Usar, sempre que possível, o próprio peso para facilitar o movimento. - Ao levantar a pessoa, ou objetos, colocá-los o mais próximo possível do corpo, mantendo os membros superiores junto ao tronco

Puxar, empurrar, deslizar ou girar em vez de elevar.

(Carinhas, 2013)

Posicionar... Sem Lesionar

Mover a pessoa no leito

- Preferencialmente dois profissionais (movimentos sincronizados)



- Para a **direita/esquerda**: colocar-se ambos do lado para o qual vai ser mobilizada a pessoa
- Para **cima ou para baixo**: um de cada lado do leito

- Utilização de **resguardos** (enrolado junto ao corpo)



Pode mover-se a pessoa em qualquer direção



(Carinhas, 2013)

Posicionar... Sem Lesionar

Mover a pessoa no leito



Fazer deslizar o corpo da pessoa sobre o leito

Movimentos executados em bloco!

Colocar os antebraços nos seguintes locais:

- Uma mão do profissional deve apoiar o ombro do lado oposto, outra mão no dorso.
- Mão na região lombar + Em baixo do joelho

Um profissional

Verificar se a força a exercer é compatível com a que pode despendar
Deslocar em primeiro lugar a parte superior do corpo
Em seguida, deslocar a parte inferior

(Carinhas, 2013)

Posicionar... Sem Lesionar

Corrigir Posicionamento na Cadeira



- 1) Aproximar os pés da pessoa do cadeirão;
- 2) Pedir à pessoa que incline o tronco para a frente;
- 3) Elevar a pessoa e voltar a sentá-la

Verificar se os joelhos estão fletidos e se a região dorsal está apoiada na cadeira/cadeirão

Cintos de transferências ou outros dispositivos (calças) facilitam o procedimento



Utilização de Resguardos



Antebraços sob as axilas da pessoa de modo a segurar-lhe os antebraços

(Carinhas, 2013)

Em Suma...

- A **imobilidade** causa complicações em diversos níveis;

↳ Importante **posicionar e reposicionar** os utentes regularmente

- Usar corretamente o corpo durante a realização da tarefa é fundamental para uma prática segura

- Este aspeto é descurado ou subvalorizado, o que contribui para a ocorrência de lesões músculo-esqueléticas.

- Realizar a técnica correta permite-nos **POSICIONAR... SEM LESIONAR.**

Bibliografia

- ✓ Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P. (2017). *Úlceras de Pressão Atuação na Prevenção e Tratamento*. <https://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2017/11/UP.pdf> -
- ✓ Carinhas, M., Eusébio, A., Carvalho, L., Lopes, T., & Braga, R. (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas, Cuidados à Pessoa com alterações da mobilidade - Posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8897/gobp_mobilidade_vf_site.pdf -
- ✓ Predebon, M. L., Dal Pizzol, F. L. F., Santos, N. O., Bierhals, C. C. B. K., Rosset, I., & Paskulin, L. M. G. (2021). The capacity of informal caregivers in the rehabilitation of older people after a stroke. *Investigacion & Educacion En Enfermeria*, 39(2), 27-42. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n2e03>
- ✓ MENOITA, E. C. (2015). Úlceras por pressão: Fundamentos Gerais. In E. MENOITA. (2015). *Gestão de feridas complexas*. (pp. 509 - 557). Lusodidacta
- ✓ Potter, P., & Perry, A. (2006). Promoção da actividade e mobilidade. In P. Potter, & A. Perry. *Fundamentos de Enfermagem - Conceitos e Procedimentos*. (5ªed. pp. 100-126). Lusodidacta.

APÊNDICE IV – POSTER - POSICIONAR... PARA NÃO LESIONAR



Posicionar... Para não Lesionar

Cláudia Santos,^{1,2} estudante do 1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Júlio Belo Fernandes,^{2,4} Docente ESSEM

1 - Hospital Garcia de Orta, EPE; 2 - Egas Moniz School of Health & Science; 3 - Egas Moniz School of Health & Science; 4 - Egas Moniz Center for Interdisciplinary Research (CIEM)



Introdução

A imobilidade ocorre quando a pessoa é incapaz de se mobilizar, mudar de posição de forma independente ou quando a mobilidade é restringida por razões clínicas (Potter & Perry, 2006).

O posicionamento permite que a pressão seja aliviada ou redistribuída e que as diferentes articulações assumam diferentes posições. Promove a capacidade funcional da pessoa, proporciona conforto e previne complicações.

Os profissionais de saúde constituem um grupo com elevadas taxas de lesões musculoesqueléticas devido à sobrecarga física excessiva na sua prática diária e elevado número de atividades elaboradas junto dos utentes.



1 Posicionar... Porquê?

Técnicas corretas de posicionamento e reposicionamento e a utilização de métodos adequados para transferência dos utentes reduzem a fricção e forças de deslizamento (Dealey, 2005).

Os princípios básicos do posicionamento consistem em evitar apoio sobre proeminências ósseas; evitar apoio sobre úlceras por pressão; garantir o alinhamento corporal e dos segmentos e garantir o conforto (Menoita, 2015).

2 Posicionar... Como?

Posicionamento
Fundamentalmente



Decúbito Dorsal



Decúbito Semi-Dorsal
(Espalmo de membros)



Cadeira/Cadeira
de Rodas



Decúbito Lateral
(Espalmo de membros)



3 Posicionar... Sem Lesionar

Fardamento confortável e calçado fechado

Planear e repartir os movimentos

Avaliar recursos humanos e técnicos

Não levantar + de 35% do peso corporal

Equipamento regulável em altura;
Auxiliares mecânicos

Na realização de esforços: Manter região dorso-lombar direita, fletir os joelhos (evitar a inclinação do tronco a um ângulo superior a 10º) e colocar a força nos músculos dos membros inferiores.

Evitar movimentos de rotação e flexão da coluna, manter o alinhamento corporal, a postura do tronco e a posição dos pés na direção do movimento a realizar.

Puxar, empurrar, deslizar ou girar em vez de elevar.

Usar o próprio peso para facilitar o movimento (ao levantar a pessoa, ou objetos, colocá-los o mais próximo possível do corpo, mantendo os membros superiores junto ao tronco).



(Carinhas, 2013)



APÊNDICE V – POSTER CUIDAR EM CASA A PESSOA COM DEMÊNCIA:
DICAS PARA UMA COMUNICAÇÃO EFICAZ



Cuidar em Casa a Pessoa com Demência

Dicas para uma Comunicação Eficaz

“As Pessoas com Demência, mesmo quando não conseguem compreender o que está a ser dito, conservam os seus **SENTIMENTOS** e **EMOÇÕES**. Seja flexível e dê tempo à pessoa para responder. Sempre que for apropriado, utilize o **TOQUE** para manter a atenção da pessoa e para comunicar sentimentos de ternura e afeição”.

(Alzheimer Portugal, 2024)

Frases curtas e simples;
Falar calma e pausadamente;
Volume e tom de voz que transmita serenidade;
Chamar a pessoa pelo seu nome;
Fazer uma questão de cada vez.



Evite expressões vagas.

Troque perguntas por afirmações.

Substitua expressões negativas por positivas.

Se a pessoa tiver dificuldade em “encontrar” uma palavra ou terminar uma frase, peça-lhe para explicar de outra forma.

Se não consegue compreender o discurso da pessoa, procure interpretá-lo com base no que já conhece acerca dela.

NÃO CONTRARIE O QUE A PESSOA LHE ESTÁ A DIZER!



Evitar tratar a pessoa como uma criança;
Orientar e dar instruções simples sobre o que deve fazer;
Limitar as opções de escolha;
Pedir para a pessoa repetir caso não a tenha compreendido.



APÊNDICE VI – MINI-GUIA CUIDAR EM CASA A PESSOA COM DEMÊNCIA:
DICAS PARA UMA COMUNICAÇÃO EFICAZ

Cuidar em Casa a Pessoa com Demência

Dicas para uma Comunicação Eficaz



Sabe o que significa Comunicar?

Ato que envolve a transmissão e a recepção de mensagens entre o transmissor e o receptor, através da linguagem oral, escrita ou gestual.



O nosso corpo também comunica...



◆ Expressões

▢ Silêncio

● Olhar

▢ Comportamento

★ Gestos

Demência: A Comunicação Alterada

A pessoa com Demência perde gradualmente a capacidade de comunicar, sentindo dificuldades cada vez maiores para se expressar com clareza e compreender aquilo que os outros dizem.



Dificuldade em encontrar uma palavra: dizer palavras relacionadas com aquela que não se consegue lembrar;

Falar fluentemente, mas sem sentido;

Incapacidade de entender ou apenas entender parte do que lhe é dito;

As capacidades de leitura e escrita também podem sofrer uma deterioração;

Dificuldade em expressar as emoções apropriadamente;



Perder noção das convenções sociais da conversação (interromper ou ignorar alguém que está a falar ou não responder quando lhe dirigem a palavra).

A importância do Comunicar para Cuidar

Uma comunicação adequada com a pessoa com demência é fundamental para criar estratégias e promover acordos, de forma a garantir os melhores cuidados possíveis.



Estratégias para uma Comunicação Eficaz

Comunicação Verbal



• Faça questões que possam ser respondidas com um simples "sim" ou "não".



- Frases curtas e simples;
- Falar calma e pausadamente;
- Volume e tom de voz que transmita serenidade;
- Chamar a pessoa pelo seu nome;
- Fazer uma questão de cada vez;
- Evitar tratar a pessoa como uma criança;
- Orientar e dar instruções simples sobre o que deve fazer;
- Limitar as opções de escolha;
- Pedir para a pessoa repetir caso não a tenha compreendido.

Estratégias para uma Comunicação Eficaz

• Repita as vezes que forem necessárias, independentemente de já ter respondido à questão colocada.



Evite expressões vagas;

Troque perguntas por afirmações;

Substitua expressões negativas por positivas;

Se a pessoa tiver dificuldade em "encontrar" uma palavra ou terminar uma frase, peça-lhe para explicar de outra forma.

Se não consegue compreender o discurso da pessoa, procure interpretá-lo com base no que já conhece acerca dela.

NÃO CONTRARIE O QUE A PESSOA LHE ESTÁ A DIZER!

Se não conseguir comunicar o que pretende, **ESPERE**, e **TENTE MAIS TARDE!**

Estratégias para uma Comunicação Eficaz

Comunicação Não-Verbal



- ✿ Mantenha SEMPRE o contacto visual.
- ✿ Esteja consciente da sua própria linguagem não verbal e evite movimentos bruscos.
- ✿ Escute atentamente o que a pessoa lhe diz/tenta dizer.
- ✿ Utilize expressões faciais que transmitam serenidade.

- 🌿 Observe a pessoa de forma a compreender as suas atitudes.
- 🌿 Aproxime-se sempre pela frente, por forma a não assustar a pessoa.
- 🌿 Respeite o espaço da pessoa: não se aproxime demasiado.
- 🌿 Evite ruídos de fundo.



Estratégias para uma Comunicação Eficaz

Nunca...

Fale da pessoa que está presente como se ela não estivesse.



Dê ordens à pessoa.



Diga à pessoa o que não pode fazer (diga-lhe o que pode fazer).



Discuta: Só irá tornar a situação pior.



Faça perguntas que apelem à utilização da memória.



Utilize modos intransigentes. Um tom de voz arrogante poderá deixar a pessoa mais perturbada.

Estratégias para uma Comunicação Eficaz

"As Pessoas com Demência, mesmo quando não conseguem compreender o que está a ser dito, conservam os seus **SENTIMENTOS** e **EMOÇÕES**. Seja flexível e dê tempo à pessoa para responder. Sempre que for apropriado, utilize o **TOQUE** para manter a atenção da pessoa e para comunicar sentimentos de ternura e afeição".

(Alzheimer Portugal, 2024)



**CONTINUE A COMUNICAR,
MESMO QUE NÃO TENHA
RESPOSTA.**

APÊNDICE VII – SESSÃO DE FORMAÇÃO CUIDAR DE QUEM CUIDA:
MECÂNICA CORPORAL NO LOCAL DE TRABALHO



Cuidar de quem Cuida

Mecânica Corporal no local de trabalho

Cláudia Santos^{1,2}; Júlio Belo Fernandes^{3,4} e

1- Aluna 1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Egas Moniz School of Health & Science;

2- Hospital Garcia de Orta, E.P.E.

3- Professor Doutor na Egas Moniz School of Health & Science;

4- Egas Moniz Center for Interdisciplinary Research (CIEM);

Índice

Lesões Musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERT)

- O que são?
- Porque ocorrem?
- Que sintomas?



Ergonomia

- O que é?
- Qual a importância na prevenção de LME?

Mecânica Corporal

- O que é?
- Quais os princípios?
- Utilização na prestação de cuidados
- Utilização em outras funções

Introdução

(Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, EU – OSHA, 2019)

Maior problema de segurança laboral

Exposição repetida a fatores de risco ergonómicos

Problemas de Saúde

As lesões musculoesqueléticas constituem o problema de saúde mais comum relacionado com o trabalho na União Europeia

Atingem trabalhadores de todos os setores e ocupações

Para além do efeito causado nos trabalhadores gera custos elevados para as empresas e para a sociedade



Lesões Musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERT)



Conjunto de doenças inflamatórias e degenerativas do sistema locomotor
Afetam diferentes partes do corpo:

- Ombro;
- Pescoço;
- Cotovelo;
- Mão;
- Punho;
- Joelho;
- Coluna vertebral.

Síndromes de dor crónica

Resultam da ação de fatores de risco

- ✓ Repetitividade;
- ✓ Sobrecarga;
- ✓ Postura adotada durante o trabalho.

Em alguns países europeus, os encargos com as LMERT situam-se em cerca de 0,5 a 2% do Produto Nacional Bruto (PNB).

DGS (2008)

LMERT

Geralmente localizam-se no membro superior e na coluna vertebral.

SINTOMAS:

- Dor, a maior parte das vezes localizada, mas que pode irradiar;
- Sensação de dormência ou de "formigueiros" na área afetada ou em área próxima;
- Sensação de peso;
- Fadiga ou desconforto localizado;
- Sensação de perda ou mesmo perda de força.

Surtem gradualmente;

Agravam-se no final do dia de trabalho ou durante os picos de produção;

Aliviam com as pausas ou o repouso e nas férias



Inicialmente Intermitentes → Gradualmente persistentes → Mantêm-se nos períodos de repouso.

DGS (2008)

Interferem com a capacidade de trabalho e com as atividades do dia-a-dia.

LMERT

Trabalhadores da área da saúde

- Condições de trabalho que envolvem cargas físicas elevadas;
- Fatores de risco biomecânicos e organizacionais;
- Ritmo intenso e exaustivo;
- Trabalho por turnos;
- Sobrecarga física e emocional.

Frequentemente sujeitos a riscos ergonômicos

Más posturas que adotam na realização do trabalho

(Capelo, 2021)

Tempos de recuperação e repouso insuficientes e inadequados



➤ Ambiente de trabalho mecanizado e monótono;

➤ Posição sentada durante diversas horas em frente ao computador;

➤ Criação de movimentos corporais repetitivos

Ergonomia e Prevenção de LME

↓
Disciplina que estuda a interação dos seres humanos com outros sistemas (objetos/estruturas/metodologias)

Objetivo: Melhorar qualidade de vida / Aumentar desempenho no trabalho.



Adaptar equipamentos, interfaces, trabalho, organização...

Contribui para:

- Segurança do utente;
- saúde e segurança dos profissionais de saúde;
- Diminuição de stress;
- Redução do absentismo;
- Promoção da saúde no local de trabalho

Fatores físicos, cognitivos, sociais, organizacionais, ambientais e outros.

(Barreiras & Matos, 2021)



MECÂNICA CORPORAL

Como utilizá-la a nosso favor...

Princípios da Mecânica Corporal

Esforços coordenados dos sistemas músculoesquelético e nervoso para manter o equilíbrio, a postura e o alinhamento do corpo nas diversas atividades

- Usar corretamente as estruturas corporais;
- Aumentar a eficácia;
- Poupar energia.



Fundamental para uma prática segura

Postura Posição do corpo no espaço
Alinhamento Posição do corpo em que os segmentos corporais estão colocados respeitando a sua anatomia e fisiologia.
Equilíbrio Posição do corpo em que o peso se encontra dividido equitativamente pela superfície de apoio e que permite manter a postura correta.

- Base de sustentação
- Centro de gravidade
- Linha de gravidade

(Carinhas, 2013)

Princípios da Mecânica Corporal

BASE DE SUSTENTAÇÃO

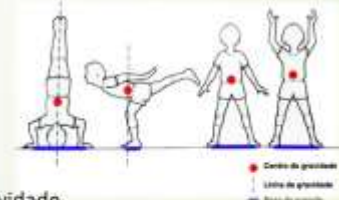
> a base de sustentação > a estabilidade

Ter em conta a posição e a orientação dos pés
→ Sentido do movimento.



CENTRO DE GRAVIDADE

Ponto em que o peso da parte superior do corpo é igual ao da parte inferior (Segunda vértebra sagrada).
A proximidade à base de sustentação determina a estabilidade do equilíbrio.



LINHA DA GRAVIDADE

Linha (imaginária) perpendicular ao centro de gravidade.

Linha de gravidade dentro da base de sustentação
= Maior estabilidade.

(Carinhas, 2013)

Mecânica Corporal - Prestação de Cuidados

Fardamento confortável (amplitude de movimentos) e **calçado fechado** (diminuir risco de lesão na mudança de direção).



Planear e repartir os movimentos

Avaliar **recursos humanos e técnicos**
(Não levantar mais de 35% do peso corporal)

Equipamento regulável em altura (centro de gravidade + procedimento a realizar)

Auxiliares mecânicos: tábua de transferência, transfer, elevadores, resguardos...



(Carinhas, 2013)

Mecânica Corporal - Prestação de Cuidados

Na realização de esforços: Manter região dorso-lombar direita, fletir os joelhos (evitar a inclinação do tronco a um ângulo superior a 10º) e colocar a força nos músculos dos membros inferiores.



Evitar movimentos de rotação e flexão da coluna, manter o alinhamento corporal, a postura do tronco e a posição dos pés na direção do movimento a realizar



Puxar, empurrar, deslizar ou girar em vez de elevar.

Usar o próprio peso para facilitar o movimento (ao levantar a pessoa, ou objetos, colocá-los o mais próximo possível do corpo, mantendo os membros superiores junto ao tronco)



(Carinhas, 2013)

Mecânica Corporal – Outras funções

Transporte de Carga



Limpeza



Secretariado



Conclusão



- As LMERT continuam a ser um dos problemas de saúde mais comuns na União Europeia, gerando custos para os indivíduos, instituições e sociedade em geral.



Têm repercussões muito negativas na produtividade, assiduidade e qualidade de vida do trabalhador.

- Os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, constituem um grupo com elevadas taxas de LMERT devido à sobrecarga física excessiva na sua prática diária e elevado número de atividades elaboradas junto ao utentes.
- Conhecer e utilizar os princípios de mecânica corporal (**Postura, Alinhamento e Equilíbrio**) durante a realização do trabalho, é importante na prevenção de lesões que poderão ser incapacitantes.

Bibliografia

- Carinhas, M., Eusébio, A., Carvalho, L., Lopes, T., & Braga, R. (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas, Cuidados à Pessoa com alterações da mobilidade - Posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8897/gobp_mobilidade_vf_site.pdf -
- Capelo, J., Chamusca, D., Leitão, I., Magalhães, A., Pereira, V., & Silva, M. G. (2021). Programa de prevenção de lesões musculoesqueléticas em profissionais de saúde: "Reabilitar quem cuida". In O. Ribeiro (Coord.). *Enfermagem de Reabilitação, conceções e práticas*. (pp. 474 a 482). Lidel.
- Barreiras, C., & Matos, M. J. (2021). Programa de educação postural em saúde escolar. In O. Ribeiro (Coord.). *Enfermagem de Reabilitação, conceções e práticas*. (pp. 474 a 482). Lidel.
- European Agency for Safety and Health at Work [EU-OSHA]. (2019). *Work-related musculoskeletal disorders: prevalence, costs and demographics in the EU*. https://osha.europa.eu/sites/default/files/Work-related_MSDs_prevalence_costs_and_demographics_in_the_EU_report.pdf -
- Direção Geral de Saúde. (2008). *Guia de orientação para prevenção das lesões musculoesqueléticas e relacionadas com o trabalho: programa nacional contra as doenças reumáticas*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/lesoes-musculoesqueleticas-relacionadas-com-o-trabalho-pdf.aspx> -

APÊNDICE VIII – PLANO DE SESSÃO REABILITAR

ReabilitAR: Exercícios de Reabilitação em UCCI

Sessão de Exercício Físico ao Ar Livre

Necessidades/Problemas Identificados

- Dar resposta ao(s) objetivo(s) propostos do plano de atividades do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
- Promover intervenções autónomas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação
- Desenvolver capacidades de trabalho e interação com a equipa Multidisciplinar
- Maximizar o potencial de recuperação da pessoa com incapacidade funcional
- Promover a autonomia e melhoria da qualidade de vida das pessoas

Fundamentação

Nos últimos anos tem-se verificado um decréscimo da mortalidade e da natalidade em Portugal, conduzindo ao envelhecimento da população. O aumento da esperança média de vida, reflete uma melhoria do nível da saúde dos portugueses, mas simultaneamente verifica-se o aumento da prevalência de doenças crónicas, muitas delas incapacitantes (XVII Governo Constitucional, 2006).

Surge assim a necessidade de respostas sociais que procurem promover a funcionalidade (prevenindo, reduzindo e adiando as incapacidades) e a qualidade de vida da população, especialmente da população idosa e de pessoas com patologia crónica múltipla. A rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI) assume como objetivo geral a prestação de cuidados continuados integrados à população que se encontre em situação de dependência, independentemente da idade (XVII Governo Constitucional, 2006).

As pessoas integradas na RNCCI encontram-se em situação de fragilidade. O efeito desta fragilidade pode ser minimizado com a intervenção do EEER, através da maximização ou manutenção das capacidades físicas e psicossociais da pessoa. Profissionais de saúde, cuidadores (formais e informais) e instituições que trabalham com pessoas em situação de fragilidade, têm um papel crucial na promoção da implementação de intervenções direcionadas que tornem as pessoas menos vulneráveis (Apóstolo *et al.*, 2019).

A Reabilitação tem como objetivos “o diagnóstico e a intervenção precoce, a promoção da qualidade de vida, a maximização da funcionalidade, o autocuidado e a prevenção de complicações, evitando as incapacidades ou minimizando as mesmas” (Novo *et al.*, 2021, p.76). Neste sentido, a realização de sessões de exercício direcionadas para a população com necessidades específicas (em situação de fragilidade) torna-se um instrumento importante como

“coadjuvante terapêutico” (Novo *et al.*, 2021, p. 76) no processo de reabilitação.

O exercício físico ao ar livre requer um grande controlo motor, mas também flexibilidade cognitiva para dar resposta às necessidades motoras e ao mesmo tempo gerir um conjunto de estímulos ambientais e tarefas concomitantes. Encontra-se associado a sentimentos de envolvimento positivo, decréscimo da tensão e depressão, aumento da participação na comunidade e melhoria da qualidade de vida (Carey *et al.*, 2018).

Programa

Sessão de treino com duração de 1h 30 minutos, composta por abertura de sessão e apresentação dos participantes, aquecimento, treino dinâmico, alongamentos e avaliação. O treino dinâmico encontra-se dividido em 3 (três) estações. Cada estação será constituída por um grupo entre 3-4 elementos, que só transitam para a estação seguinte quando todos os participantes terminarem a atividade, esta dinâmica termina ao fim dos 45 minutos de treino. Far-se-á recurso a materiais de apoio para atividade física, materiais improvisados e humanos (equipa multidisciplinar), com a finalidade de promover: equilíbrio, força, resistência, coordenação, participação social e exercício físico. Pretende-se um score entre 3-5 na escala de Borg modificada, durante a realização da atividade. Discussão final para partilha de experiências, compreender as necessidades/dificuldades dos participantes, entrega de diplomas de participação e atribuição de um “troféu” ao elemento com maior pontuação nas três estações cumulativamente. A avaliação é efectuada através da aplicação da escala de Borg modificada (Anexo 1).

Local/Data/Horário	Destinatários
Local: ----- Data: 06-07-2023 Horário: 10H-11.30H	Pessoas em regime de internamento, 10 participantes. <u>Critérios de exclusão:</u> pessoas cuja capacidade cognitiva não permita o cumprimento de ordens, pessoas confinadas ao leito e que a condição clínica não permita a realização de exercício no exterior.



Profissionais	Objetivos
<ul style="list-style-type: none"> - Estudantes do Curso de Mestrado em Reabilitação: Cláudia Santos e Lúcia Matos - EEER - Fisioterapeuta - Animadora Sociocultural 	<ul style="list-style-type: none"> ● Promover a realização de exercício físico nas pessoas da UCCI com fragilidade/incapacidade; ● Desenvolver a capacidade funcional para a realização das atividades de vida diária; ● Melhorar/manter a força muscular, o equilíbrio, a resistência, o controlo postural e a saúde mental dos participantes; ● Promover a segurança e a interação social.

Metodologia
<ul style="list-style-type: none"> ● Ativa ● Demonstrativa

Materiais		
Estação 1 (EEER)	Estação 2 (EEER)	Estação 3 (FT)
<ul style="list-style-type: none"> ● Bastão; ● Caixas de luvas (vazias); ● Alguidar. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Bola(s) pequena(s); ● Caixas de luvas (vazias); ● Barreiras limitadoras mesa (caixas de luvas cheias); ● Banda(s) elástica(s). 	<ul style="list-style-type: none"> ● Bolas com e sem peso; ● Pinos; ● Barreiras de chão; ● Halteres; ● Sacos de areia.
<p>Material de Apoio: Cadeiras; Cartolinas coloridas e pontuadas; “troféu” e diplomas de participação.</p> <p>Profissionais circulantes: EEER e Animadora Sociocultural.</p>		

Estrutura da Sessão		
	Atividades	
	Exercício Padrão	Exercício Adaptado
<p>Abertura da sessão/ Adaptação ao espaço exterior (15min)</p>	<p>Apresentação dos profissionais;</p> <p>Apresentação dos participantes (Passar a bola aleatoriamente e quem apanha tem de se apresentar);</p> <p>Apresentação e explicação da escala de Avaliação a ser aplicada durante o treino.</p>	
<p>Aquecimento (15min)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Mãos sobre a barriga: inspirar e expirar; ● Flexão, rotação e inclinação do pescoço; ● Afastar braços ao inspirar e braços ao centro ao expirar; ● Elevação e depressão de ombros; 	<p>Pessoas com alterações do movimento dos membros superiores e/ou inferiores (parésia/ plegia): cumprir atividade com membro são e realizar mobilizações passivas ou assistidas do membro parético/plégico de forma</p>

<p>1 série de 8 repetições</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Flexão e extensão/ Abdução e adução dedos das mãos; ● Extensão e flexão do joelho; ● Dorsiflexão e flexão plantar; ● Marchar sem sair do sítio (acompanhar a marcha movendo os braços para a frente e para trás de forma alternada). 	<p>independente ou com ajuda do profissional.</p>
<p>Exercícios (45min)</p>	<p><u>1ª Estação:</u> 1 Série de 5 Agachamentos + 5 lançamentos “Basket Box” [1]</p> <p><u>2ª Estação:</u> 1 Série de 5 repetições de Adução/abdução do ombro com resistência (banda elástica) + 10 toques na bola na atividade “PolyBox”[2]</p> <p><u>3ª Estação:</u> 1 Série de 10 repetições de Flexão e extensão do cotovelo com resistência (halteres) + “CAP” [3] (5 lançamentos de pesos com o dorso do pé)</p>	<p><u>1ª Estação:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 5 repetições de Sentar e Levantar da cadeira (com apoio humano ou cadeira fixa). ● Adaptar peso do bastão à capacidade motora da pessoa. <p><u>2ª Estação:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 5 repetições de Adução/abdução do ombro sem resistência ou mobilização passiva ou Abertura costal global. ● Adaptar resistência da banda à capacidade da pessoa. <p><u>3ª Estação</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 10 repetições de Flexão e extensão do cotovelo sem resistência ou mobilização passiva. ● Adaptar peso do halter à capacidade da pessoa. ● CAP: Cadeira de Rodas - tocar com o pé na barreira ● Contorno de Pinos: inclinação anterior do tronco com bola na mão e regresso à posição inicial. ● Lançamentos de pesos com a mão.

<p>Retorno à calma/Alongamentos (15min)</p> <p>1 série de 8 repetições</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Flexão, rotação e inclinação do pescoço; • Elevação e depressão de ombros; • Braços:  <ul style="list-style-type: none"> • Tronco:  <ul style="list-style-type: none"> • Extensão da perna em frente com o pé em dorsiflexão.
--	---

Descrição dos Exercícios	
<p>[1] “ Basket Box”</p> <p>Pontuação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dentro do alguidar 5 pontos - Fora do alguidar 0 pontos 	<p>A pessoa deve introduzir o bastão através da ranhura da caixa de luvas (vazia), elevá-la e lançá-la de forma a acertar dentro do alguidar.</p>
<p>[2] “Poly Box”</p> <p>Pontuação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ultrapassar linha de “golo” 1 ponto 	<p>Esta atividade assemelha-se ao jogo de PolyBat, em que a pessoa deverá lançar a bola com auxílio de uma caixa de luvas (vazia) até ao adversário. A mesa encontra-se protegida com barreiras de forma a evitar a queda lateral da bola.</p>
<p>[3] “CAP”</p> <p>Pontuação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 metros = 25 pontos - 3 metros = 50 pontos - 4 metros = 100 pontos 	<p>O CAP (Circuito e Arremesso de Peso) consiste no contorno de obstáculos: Pinos (4) e Barreira (3), e no arremesso de peso(s) com o dorso do pé, para cima de cartolinas colocadas no chão à distância de 2/3/4 metros.</p>

Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação de Escala de Borg. • Discussão final com participação ativa com entrega de diplomas de participação (Anexo 2) e atribuição de “troféu”.

Bibliografia

- Apóstolo, J., Couto, F., Freitas, J., Ramalho, F., & Rocha, R. (2019). *Programa de exercício físico para o idoso com fragilidade – manual de apoio*. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://ipdj.gov.pt/documents/20123/0/Mind%26Gait-ProgramaExerc%C3%ADcio-IdosoFragilidade2019.pdf/17a621a9-09b0-054c-7192-a819abbdedc1?t=1585913519528>
- Carey, S., Salawu, A., & Glynn, M. (2018). A review of outdoor mobility in a geriatric rehabilitation unit. *Age and Ageing*, 47(5), 13-60. <https://doi.org/10.1093/ageing/afy140.37>
- Novo, A., Mendes, E., Lopes, I., Preto L., Loureiro, M., & Delgado, B. (2021). A atividade física e o exercício físico. In O. Ribeiro (Coord.). *Enfermagem de Reabilitação, conceções e práticas*. (pp. 76 a 81). Lidel.
- XVII Governo Constitucional. (2006). *Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho*. <https://files.dre.pt/1s/2006/06/109a00/38563865.pdf>

Anexo 1. Escala de Borg Modificada

10 /	ATIVIDADE DE ESFORÇO MÁXIMO É quase impossível continuar. Completamente sem fôlego, incapaz de falar. Não é possível manter por mais tempo.
9 /	ATIVIDADE MUITO DIFÍCIL Muito difícil manter a intensidade do exercício. Mal consigo respirar e falar apenas algumas palavras.
7-8 /	ATIVIDADE VIGOROSA No limite do desconfortável. Falta de ar, consigo falar uma frase.
4-6 /	ATIVIDADE MODERADA Respirar profundo, posso manter uma conversa curta. Ainda um pouco confortável, mas cada vez mais desafiador.
2-3 /	ATIVIDADE LEVE Parece que podemos manter durante horas. Fácil de respirar e manter uma conversa.
1 /	ATIVIDADE MUITO LEVE Quase nenhum esforço, mas mais do que dormir, ver TV, etc.

Instrumento de Avaliação: Escala de Borg

Participantes	1ª Estação	2ª Estação	3ª Estação
1.			
2.			

Anexo 2. Tabela de pontuação do treino dinâmico - ReabilitAR

Tabela de Pontuação			
Participantes	1ª Estação	2ª Estação	3ª Estação
Sr.			
Sra.			

Anexo 3. Diploma de Participação



APÊNDICE IX – POSTER REABILITAR



ReabilitAR

O exercício físico ao ar livre requer um grande controlo motor, mas também flexibilidade cognitiva para dar resposta às necessidades motoras e ao mesmo tempo gerir um conjunto de estímulos ambientais e tarefas concomitantes. Encontra-se associado a sentimentos de envolvimento positivo, decréscimo da tensão e depressão, aumento da participação na comunidade e melhoria da qualidade de vida (Carey et al., 2018).

1ª ETAPA: AQUECIMENTO



2ª ETAPA: TREINO DINÂMICO "BASKET BOX"



2ª ETAPA: TREINO DINÂMICO "POLY BOX"



2ª ETAPA: TREINO DINÂMICO "CAP - CIRCUITO E ARESSO DE PESO"



3ª ETAPA: ALONGAMENTOS



AVALIAÇÃO ESCALA DE BORG MODIFICADA

É de extrema importância o uso da escala durante toda a atividade para avaliação do esforço do utente e readaptar o plano de exercícios.

10 /	ATIVIDADE DE FORTE ESFORÇO Exercício de alta intensidade, com grande esforço físico.
9 /	ATIVIDADE ALTO ESFORÇO Exercício de alta intensidade, com grande esforço físico.
7-8 /	ATIVIDADE MODERADA Exercício de intensidade moderada, com esforço físico moderado.
4-6 /	ATIVIDADE MODERADA Exercício de intensidade moderada, com esforço físico moderado.
2-3 /	ATIVIDADE LEVE Exercício de intensidade leve, com esforço físico leve.
1 /	ATIVIDADE BAIXO ESFORÇO Exercício de baixa intensidade, com esforço físico mínimo.

CURSO DE Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
JULHO/2023

ALUNAS: CLÁUDIA SANTOS & LÚCIA MATOS

ORIENTAÇÃO:

PARTICIPAÇÃO ESPECIAL: |

PROFESSORES ORIENTADORES ESSEM: JÚLIO BELO FERNANDES & GONÇALO ROSA



APÊNDICE X – PLANO DE SESSÃO EXERCITAR EM SEGURANÇA: SESSÃO DE
EXERCÍCIO FÍSICO EM CADEIRA

Exercitar em Segurança: Sessão de exercício físico em cadeira

- Plano de sessão -

Introdução

O compromisso da mobilidade física tem implicações em todos os aspetos da vida da pessoa, este compromisso, seja consequência do processo de envelhecimento ou esteja relacionado com doença/traumatismo, tem consequências importantes nos diversos sistemas do corpo humano. A imobilização prolongada, mesmo em pessoas saudáveis, gera alterações significativas nos sistemas pelo desuso, requerendo programas de condicionamento físico para recuperação do nível de funcionamento inicial (Carinhas et al., 2013). Os mesmos autores referem ainda que “minimizar os efeitos da imobilidade implica o diagnóstico precoce e o planeamento de intervenções que tenham como objetivo a prevenção de complicações e a manutenção ou recuperação da capacidade funcional, o que se traduz em ganhos importantes para a pessoa em independência e qualidade de vida” (Carinhas et al., 2013, p. 72).

Nos últimos anos, o corpo de conhecimento científico sobre o impacto dos diferentes tipos, quantidade e duração de exercício físico na saúde, bem como o impacto do comportamento sedentário e a sua relação com os diferentes níveis de atividade física e saúde, cresceu significativamente. A evidência científica sobre exercício físico em subpopulações, como mulheres grávidas, pessoas que vivem com doença crónica e/ou incapacidade permite-nos examinar a relação entre o exercício físico e os resultados em saúde nestes grupos (World Health Organization [WHO], 2020).

A WHO afirma que o exercício físico traz múltiplos benefícios de saúde a pessoas com doença crónica e/ou com incapacidade: diminui a mortalidade de pessoas com cancro bem como o risco de recidiva; melhora a saúde cardiovascular, sendo importante na diminuição de mortalidade e progressão de doenças como a hipertensão e a diabetes; melhora a capacidade física e a saúde mental em pessoas com HIV, diminuindo sintomas de ansiedade e depressão, não afetando negativamente a progressão da doença; melhora a funcionalidade bem como a saúde física, mental e social de pessoas com esclerose múltipla; melhora a marcha, a força muscular, a funcionalidade dos membros superiores de pessoas com trauma vertebro-medular; melhora a funcionalidade e a capacidade cognitiva de pessoas com doença de Parkinson ou com história de Acidente Vascular Cerebral (AVC), entre outros benefícios (WHO, 2020). Em suma, melhora a saúde mental, a funcionalidade, a cognição e a qualidade de vida dos indivíduos com doença crónica e/ou incapacidade, sendo fortemente recomendada a prática de exercício físico regular

nestas populações (WHO, 2020).

Boulton et al. (2018), referem que o elemento social é um importante motivador para a adesão de programas de exercício físico na população idosa. No seu estudo qualitativo-descritivo descrevem que a interação social com novas pessoas e com amigos incentiva o compromisso em programas de exercício físico, ressaltam também a importância da existência de um elemento que integre os novos participantes de forma adequada, tornando a primeira experiência positiva para que exista vontade de participar em mais atividades. O estudo de Boulton et al. (2018) revela que, para uma grande parte dos idosos participantes no estudo, conhecer pessoas novas, socializar e combater a solidão foram apontados como promotores da realização de exercício físico, mais do que a própria atividade em si.

A Enfermagem de Reabilitação tem como objetivos “o diagnóstico e a intervenção precoce, a promoção da qualidade de vida, a maximização da funcionalidade, o autocuidado e a prevenção de complicações, evitando as incapacidades ou minimizando as mesmas” (Novo et al., 2021, p.76). Neste sentido, a realização de sessões de exercício direcionadas para a população com necessidades específicas (em situação de fragilidade) torna-se um instrumento importante como “coadjuvante terapêutico” (Novo et al., 2021, p. 76) no processo de reabilitação.

Tendo em conta os benefícios da realização de exercício físico em populações mais fragilizadas (adultos/idosos com doença crónica e/ou incapacidade) foi construída uma sessão de exercício físico em grupo, de forma a promover intervenções autónomas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação, bem como incentivar as pessoas internadas no serviço de internamento a realizar exercício físico e promover interação social.

Tendo em conta o contexto de aplicação da sessão e a população a que se dirige, torna-se de extrema importância que o profissional de saúde que acompanha a sessão de treino implemente medidas que permitam os praticantes realizar o treino em segurança. Assim, antes de realizar a sessão, será necessário garantir medidas ambientais de segurança (espaço amplo, pavimento adequado, remoção de obstáculos, entre outras); medidas de segurança para o praticante (roupa e calçado adequados, proximidade do dispositivo auxiliar de marcha, controlo postural na cadeira, respeitar os limites articulares, hidratação, entre outras) e medidas de segurança para os profissionais, como estar atento e identificar níveis elevados de fadiga, garantir que o padrão respiratório da pessoa não tem alterações significativas ao longo de toda a sessão e garantir que a pessoa está clinicamente estável (Apóstolo et al., 2019).

Programa

Sessão de treino com duração de 35 minutos, composta por apresentação da sessão e da escala de Borg modificada, aquecimento, treino dinâmico, alongamentos e avaliação. O treino dinâmico foi estruturado para ser realizado em cadeira (de rodas ou outra) por participantes com incapacidade e com a finalidade de promover: equilíbrio, força, resistência, coordenação, participação social e exercício físico. Pretende-se um score entre 3-5 na escala de Borg modificada durante a realização da atividade. Discussão final para partilha de experiências, compreender as necessidades/dificuldades dos participantes e avaliação da escala de Borg modificada (Anexo 1).

Local/Data/Horário

Local: -----

Data: 29-10-2023

Horário: 17:30

Destinatários

Pessoas em regime de internamento.

Critérios de exclusão: Pessoas cuja capacidade cognitiva não permita o cumprimento de ordens simples; pessoas cuja condição clínica não permita a realização de exercício; pessoas que não desejem participar na atividade de grupo.

Objetivos

1. Promover intervenções autónomas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação;
2. Incentivar pessoas com incapacidade para a realização de exercício físico;
3. Melhorar/manter a força muscular, o equilíbrio, a resistência, o controlo postural e a saúde mental dos participantes;
4. Desenvolver a capacidade funcional para a realização das atividades de vida diária;
5. Promover a autonomia, segurança e a interação social;
6. Maximizar o potencial de recuperação da pessoa com incapacidade funcional;
7. Melhorar a qualidade de vida.



Metodologia

1. Ativa
2. Demonstrativa

Materiais

Cadeiras; computador e música.

Estrutura da Sessão		
	Atividades	
	Exercício Padrão	Exercício Adaptado
Preparação e apresentação da sessão (10min)	<ul style="list-style-type: none"> • Distribuição dos participantes pela sala; • Garantir segurança do espaço (averiguar cadeiras de rodas, remoção de obstáculos); • Apresentação e explicação da sessão e da escala de avaliação a ser aplicada durante o treino. 	
Aquecimento (5min) 1 série de 5 repetições	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mãos sobre a barriga: inspirar e expirar (Dissociação de tempos respiratórios); 2. Flexão, rotação e inclinação do pescoço; 3. Afastar braços ao inspirar e braços ao centro ao expirar (abertura costal); 4. Elevação e depressão dos ombros; 5. Flexão e extensão/ Abdução e adução dos dedos das mãos; 6. Extensão e flexão do joelho. 	Pessoas com alterações do movimento dos membros superiores e/ou inferiores (parésia/ plegia): cumprir atividade com membro são e realizar mobilizações passivas ou assistidas do membro parético/plégico de forma autónoma ou com ajuda do profissional.
Treino dinâmico (15min) 1 série de 8 repetições	<ol style="list-style-type: none"> 1. Marchar na cadeira; 2. Bicípites (cotovelos junto ao tronco, levantar antebraço até ao ombro (sem resistência); 3. “Remada baixa” (Flexão do cotovelo atrás e para cima juntos ao tronco); 4. Marchar na cadeira; 5. Toque ao lado - Membros inferiores (abdução/adução coxofemoral); 6. “bicos dos pés” (Flexão plantar/Dorsiflexão); 7. Deslizar o pé para trás sobre a ponta do pé (Força isquiotibiais - Flexão do joelho); 8. Marchar na cadeira; 9. Afastar e aproximar os braços do centro mantendo os cotovelos junto ao tronco (Rotação externa do ombro – Abdução horizontal); 10. Tocar no colega do lado (Lateralização de tronco); 11. Tocar no joelho oposto (Mobilidade tronco: Rotação); 12. “Levantar”; 13. Marchar na cadeira. 	Pessoas com alterações do movimento dos membros superiores e/ou inferiores (parésia/ plegia): cumprir atividade com membro são e realizar mobilizações passivas ou assistidas do membro parético/plégico de forma autónoma ou com ajuda do profissional.






<p style="text-align: center;">Retorno à calma/Alongamentos (5min)</p> <p style="text-align: center;">1 série de 5 repetições</p>	<ul style="list-style-type: none"> Flexão, rotação e inclinação do pescoço; Elevação e depressão de ombros; Membros superiores: <div style="text-align: center;">  </div> <ul style="list-style-type: none"> Tronco: <div style="text-align: center;">  </div> <ul style="list-style-type: none"> Extensão da perna em frente com o pé em dorsiflexão. 	<p>Pessoas com alterações do movimento dos membros superiores e/ou inferiores (parésia/ plegia): cumprir atividade com membro sã e realizar mobilizações passivas ou assistidas do membro parético/plégico de forma autónoma ou com ajuda do profissional.</p>
---	---	--

Avaliação
<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicação de Escala de Borg; 2. Discussão final com participação ativa.

Bibliografia
<p>Apóstolo, J., Couto, F., Freitas, J., Ramalho, F., & Rocha, R. (2019). <i>Programa de exercício físico para o idoso com fragilidade – manual de apoio</i>. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. https://ipdj.gov.pt/documents/20123/0/Mind%26Gait-ProgramaExerc%C3%ADcio-IdosoFragilidade2019.pdf/17a621a9-09b0-054c-7192-a819abbdedc1?t=1585913519528</p> <p>Boulton, E. R., Horne, M., & Todd, C. (2018). Multiple influences on participating in physical activity in older age: Developing a social ecological approach. <i>Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy</i>, 21(1), 239–248. https://doi.org/10.1111/hex.12608</p> <p>Carinhas, M. J., Eusébio, A. P., Carvalho, L. N., Lopes, T., & Braga, R. (2013). <i>Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação</i>. Ordem dos Enfermeiros. https://ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_sit_e.pdf</p> <p>Novo, A., Mendes, E., Lopes, I., Preto L., Loureiro, M., & Delgado, B. (2021). A atividade física e o exercício físico. In O. Ribeiro (Coord.). <i>Enfermagem de Reabilitação, conceções e práticas</i>. (pp. 76 a 81). Lidel.</p> <p>World Health Organization. (2020). <i>WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour</i>. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/336656/9789240015128-eng.pdf?sequence=1</p>

Anexo I

Escala de esforço percebido (Escala de Borg modificada)

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

APÊNDICE XI – ESTUDO DE CASO: EQUIPA DE CUIDADOS CONTINUADOS
INTEGRADOS

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

1º Ano, 2º Semestre

Estudo de Caso

Trabalho realizado no âmbito de Estágio – Unidade de Cuidados na
Comunidade (UCC)

Cláudia Santos, nº105135

Docente: Professor Doutor Júlio Belo Fernandes

Enfermeira Tutora: -----

Almada, 21 de junho de 2023

ÍNDICE

Introdução.....	2
1. Histórico de Enfermagem	3
1.1. Dados Gerais	3
1.2. Motivo de Integração em ECCI.....	3
1.3. Antecedentes de saúde.....	3
1.4. Exame físico.....	3
1.5. Avaliação Psicossocial	4
1.6. Colheita de dados.....	4
2. Problemas ou alterações identificadas.....	5
3. Plano de Cuidados (CIPE)	6
Conclusão	15
Referências bibliográficas	16
Anexos.....	17
Anexo I – Escala de Morse.....	17
Anexo II - Escala de Força Medical Research Council (MRC)	18
Anexo III - Escala de Berg	18
Apêndices.....	25
Apêndice I - Prescrição de Exercício Físico.....	25

INTRODUÇÃO

O presente trabalho consiste na apresentação de um estudo de caso e foi realizado no âmbito da unidade curricular de Estágio, do 1º ano e 2º semestre do curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. O ensino clínico a que se refere decorreu na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) entre 15/05/2023 e 21/06/2023.

O objetivo principal deste estudo de caso consiste em descrever um plano de cuidados de enfermagem de reabilitação estabelecido para um utente integrado na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

Para a realização do Estudo de Caso foi escolhido um utente, com o nome fictício de António, admitido em ECCI durante o meu tempo de estágio, o qual acompanhei desde a admissão até à alta. Foi explicado ao utente e companheira (pessoa significativa) o objetivo do estudo de caso, que iria ser adotado um nome fictício na realização do mesmo e que toda a informação desnecessária para a elaboração do trabalho não iria ser utilizada, de forma a assegurar a confidencialidade e privacidade do utente. Tanto o utente como a companheira consentiram a realização do presente trabalho.

A escolha do utente deu-se pelo facto de ter estado presente na sua admissão e ter acompanhado todo o percurso até à alta da ECCI. Para a obtenção da informação necessária à elaboração do estudo de caso foi realizada a consulta do seu processo clínico, entrevista ao utente e companheira e a informação retirada ao longo dos contatos. Acompanhei o utente António desde a sua admissão a 16/05 até à alta a 14/06/2023, sendo esse o período reportado por este estudo de caso.

Numa primeira fase do trabalho irei apresentar o histórico de enfermagem, na qual apresento os dados gerais do utente, o motivo de integração em ECCI, os antecedentes de saúde, o exame físico, a avaliação psicossocial e a colheita de dados. Numa segunda parte irei referir as alterações identificadas. O terceiro capítulo consiste na apresentação do plano de cuidados segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Por fim serão apresentadas uma pequena conclusão, as referências bibliográficas, os anexos e apêndices relativos ao presente estudo de caso.

1. HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1.1. DADOS GERAIS:

Utente de 76 anos, reformado, previamente autónomo. Referenciado para a ECCI após internamento no Centro Hospitalar para continuidade de Reabilitação psicomotora.

1.2. MOTIVO DE INTEGRAÇÃO EM ECCI:

Internamento no centro hospitalar em março de 2023 no serviço de cardiologia por descompensação de insuficiência cardíaca. Durante o internamento cumpriu antibioterapia, terapêutica diurética e cronotrópica. Realizou ecografia transesofágica sob sedação, apresentando paragem cardiorrespiratória com necessidade de internamento em Unidade de Cuidados Intensivos. Desenvolveu quadro de alterações comportamentais após evento com períodos de confusão.

Devido ao internamento prolongado e às diversas intercorrências do mesmo, verificou-se perda de autonomia, pelo que iniciou programa de reabilitação.

1.3. ANTECEDENTES DE SAÚDE:

O utente António apresenta como antecedentes pessoais Insuficiência cardíaca, insuficiência renal crónica, cardiopatia isquémica (submetido a CABG - Coronary artery bypass graft, em 2016), dislipidemia e fibrilhação auricular paroxística.

Cumprir em ambulatório a seguinte medicação: Rivaroxabano 20mg, dapaglifozina 10mg, olanzapina 7,5mg, amiodarona 200mg, sacubitril/valsartan 24/26g, bisoprolol 5mg, artiogold, rosuvastatina 10mg e espironolactona 12,5mg.

1.4. EXAME FÍSICO:

Idade aparente correspondente com a idade cronológica, tem um aspeto cuidado.

Peso: 54kg; Altura: 164cm; IMC: 20,1 Kg/m².

Utente consciente, orientado no tempo, espaço e pessoa (Score 15 na escala de coma Glasgow). Pele íntegra, ligeiramente descorada, mas hidratada.

Normotenso e normocárdico. Eupneico em repouso e durante a atividade. Respiração profunda, simétrica, torax simétrico e sem deformidades.

Apresenta alteração de simetria nos ombros devido a dor na omoplata direita. Massa muscular diminuída.

Cumprir dieta mole por alteração da prótese dentária (a aguardar odontologia). Abdómen aparentemente sem alterações. Sem alterações na eliminação intestinal.

Utente não referiu alterações urinárias.

Utiliza auxiliar de marcha (andarilho) para se deslocar por alterações de equilíbrio.

1.5. AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL:

Utente reformado, atualmente (após internamento hospitalar) a residir em casa do enteado, com o mesmo e a companheira. Tem domicílio próprio onde habita com companheira e para onde irá regressar após recuperação. Domicílio no qual se encontra atualmente sem barreiras arquitetónicas significativas.

1.6. COLHEITA DE DADOS:

Para avaliação do utente foi realizada consulta do processo clínico, entrevista ao utente e familiar de referência (companheira). Foi avaliada a força muscular através da escala Medical Research Council (MRC – Anexo II), o equilíbrio com a escala de Berg (Anexo III) e o risco de queda através da escala de Morse (Anexo I).

2. PROBLEMAS OU ALTERAÇÕES IDENTIFICADAS

Após colheita de dados foram selecionados os seguintes problemas reais e potenciais segundo a CIPE:

- a) Dor em grau moderado no ombro direito;
- b) Equilíbrio Corporal Comprometido;
- c) Risco de queda em grau moderado;
- d) Movimento Muscular Comprometido.

3. PLANO DE CUIDADOS (CIPE)

Data	Diagnóstico	Intervenção	Avaliação
16/05	Movimento Muscular Comprometido em grau moderado	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar força muscular (Escala MRC); • Ensinar, instruir e treinar sobre exercícios musculoesqueléticos dos membros superiores; • Ensinar, instruir e treinar sobre exercícios musculoesqueléticos dos membros inferiores; • Executar exercícios musculoesqueléticos dos membros superiores e inferiores; • Incentivar exercícios musculoesqueléticos dos membros superiores e inferiores. 	14/06 – À data de alta utente com força grau 5 da escala MRC tanto nos membros superiores como inferiores.
16/05	Potencial para melhorar a capacidade para executar exercícios musculoesqueléticos	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar, instruir e treinar sobre exercícios musculoesqueléticos dos membros superiores; • Ensinar, instruir e treinar sobre exercícios musculoesqueléticos dos membros inferiores • Incentivar exercícios musculoesqueléticos dos membros superiores e inferiores. 	14/06 – À data de alta utente demonstra capacidade para realizar exercícios musculoesqueléticos com supervisão da companheira
16/05	Equilíbrio Corporal Comprometido	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar equilíbrio estático e dinâmico (Escala de Berg); • Executar técnica de treino de equilíbrio estático (em pé); • Ensinar, instruir e treinar exercícios para treino de equilíbrio estático (em pé); 	14/06 – À data de alta utente com melhoria significativa do equilíbrio estático e dinâmico em posição ortostática (score 46 na escala de equilíbrio de Berg)

		<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar exercícios para treino de equilíbrio estático (em pé); • Assistir no treino de equilíbrio estático (em pé); • Executar técnica de treino de equilíbrio dinâmico; • Ensinar, instruir e treinar exercícios para treino de equilíbrio dinâmico; • Incentivar exercícios para treino de equilíbrio dinâmico; • Assistir no treino de equilíbrio dinâmico; 	
16/05	Potencial para melhorar a capacidade para executar exercícios para treino de equilíbrio	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar, instruir e treinar exercícios para treino de equilíbrio estático (em pé); • Incentivar exercícios para treino de equilíbrio estático (em pé); • Ensinar, instruir e treinar exercícios para treino de equilíbrio dinâmico; • Incentivar exercícios para treino de equilíbrio dinâmico; 	14/06 – À data de alta utente demonstra capacidade para realizar exercícios para treino de equilíbrio com supervisão da companheira
16/05	Risco de queda moderado	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar escala de Morse; • Ensinar sobre prevenção de quedas. • Otimizar ambiente físico. 	02/6 – Utente com queda durante a semana, fica com risco de queda em grau elevado após nova avaliação da escala de Morse
02/06	Risco de queda elevado	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar escala de Morse • Ensinar sobre prevenção de quedas; • Otimizar ambiente físico. 	14/06 – Utente com alta da ECCL, realizados ensinamentos sobre prevenção de quedas ao utente e companheira, incentivado a realizar as suas atividades com supervisão. Utente demonstra conhecimento sobre prevenção de quedas.

17/05	Dor em grau moderado no ombro direito	<ul style="list-style-type: none">• Monitorizar dor;• Correção Postural;• Massagem de relaxamento;• Exercícios de alongamento do pescoço, ombros e membros superiores.	24/05 - Utente sem queixas álgicas no ombro em repouso e à mobilização
--------------	---------------------------------------	---	---

Notas Gerais:16/05

Realizada a admissão e avaliação de Enfermagem de Reabilitação. Utente normotenso (110/60mmHg) e normocárdico (70bpm). Realizada entrevista com o utente e companheira para o estabelecimento de objetivos de reabilitação no domicílio.

Realizada avaliação da força muscular através da escala MRC, apresentando força de grau 4 nos membros superiores e inferiores.

Avaliação do risco de queda com Score 40 na escala de Morse, verificando-se risco de queda moderado:

		Score
Antecedentes de Queda (últimos 3 meses)	NÃO	0
	SIM	25
Diagnóstico Secundário	NÃO	0
	SIM	15
Apoio para deambulação	Nenhum/Apoiado/Acamado	0
	Canadianas/Bengala/Andarilho	15
	Apoia-se na mobília	30
Medicação endovenosa	NÃO	0
	SIM	20
Marcha	Normal/Acamado/Cadeira de Rodas	0
	Desequilíbrio fácil	10
	Défice na marcha	20
Estado Mental	Consciente das suas limitações	0
	Não consciente das suas limitações	15

Tabela 1 – Primeira Avaliação do Risco de Queda

Avaliado o equilíbrio através da escala de Berg, obtendo um total de 24 pontos, que revela uma alteração significativa ao nível do equilíbrio. Apresenta equilíbrio estático e dinâmico na posição sentado, mas apresenta alterações a nível do equilíbrio estático e dinâmico na posição ortostática.

	Descrição	Pontuação
1	Da posição de sentado para a posição de pé	1
2	Ficar em pé sem apoio	3
3	Sentado sem apoio	4
4	Da posição de pé para a posição de sentado	1
5	Transferências	3
6	Ficar em pé com os olhos fechados	2
7	Ficar em pé com os pés juntos	2
8	Inclinar-se para a frente com o braço esticado	1
9	Apanhar um objeto do chão	2
10	Virar-se para olhar para trás	1
11	Dar uma volta de 360 graus	2
12	Colocar os pés alternadamente num degrau	1
13	Ficar em pé com um pé à frente do outro	0
14	Ficar em pé sobre uma perna	1
		24

Tabela 2 – Primeira Avaliação da Escala de Berg

No encaminhamento do utente encontrava-se descrita a necessidade de reabilitação cognitiva. Foi realizada uma avaliação informal durante a entrevista (estado de consciência, memória e discurso) na qual não se verificam alterações significativas, pelo que foi negociado com o utente e companheira a leitura de pelo menos uma página de um livro à escolha do utente diariamente, a qual deveria ser capaz de resumir para a companheira no final do dia.

Após avaliação e entrevista, estabeleceram-se objetivos de treino de força muscular e equilíbrio com o utente e companheira. Estabelece-se a visita domiciliária, uma vez por semana, de enfermeiro especialista em reabilitação para a realização de exercícios, e o compromisso da realização de plano de exercícios fornecido pela enfermeira, de forma autónoma, com o auxílio da companheira durante a semana.

17/05

Utente com dor em grau moderado no ombro direito que o impediu de realizar exercícios musculares ativos dos membros superiores. Realizados exercícios de alongamento dos vários segmentos corporais, treino muscular dos membros inferiores com realização de exercícios ativos (flexão/extensão da coxofemoral, joelho e tibiotársica na posição ortostática). Treino de Levantar e

sentar em cadeira sem ajuda. No final foi realizada massagem de relaxamento na região do ombro direito para alívio da dor.

Fornecidos exercícios dos membros inferiores para realização durante a semana com ajuda da companheira, mantém repouso dos membros superiores, realização de marcha com andarilho e leitura diária.

24/05

Utente sem queixas álgicas pelo que realizou plano de exercícios de alongamento e exercícios musculares ativos dos membros superiores e inferiores. Realizada correção postural e treino de equilíbrio estático em frente ao espelho. Treino de equilíbrio dinâmico em posição ortostática com auxílio de bola, marcação do chão e obstáculos. Utente cumpriu plano durante a semana e consegue atualmente levantar-se e sentar-se na cadeira sem apoio. Deambula sem andarilho recorrendo ao mobiliário (no domicílio) e com auxílio da companheira fora de casa. Consegue resumir a leitura do livro que realizou durante a semana. Fornecido novo plano de exercícios para realizar durante a semana.

02/06

Utente com queda durante a semana por síncope, pelo que foi realizado ensino sobre prevenção de quedas e necessidade de supervisão. Cumpriu diariamente plano de exercícios sugerido. Realizados exercícios de alongamento e exercícios musculares ativos dos membros superiores e inferiores. Treino de equilíbrio dinâmico em posição ortostática com auxílio de bola, marcação do chão e obstáculos. Fornecido novo plano de exercícios para realizar durante a semana, reforçada a necessidade de realizar os exercícios sempre na presença da companheira e sem esforço. Ponderar alta na próxima semana.

14/06

Utente com melhoria da força muscular, atualmente com força grau 5 nos membros superiores e inferiores na escala MRC. Com elevado risco de queda (score 50 na escala de morse):

		Score
Antecedentes de Queda (últimos 3 meses)	NÃO	0
	SIM	25
Diagnóstico Secundário	NÃO	0
	SIM	15
Apoio para deambulação	Nenhum/Apoiado/Acamado	0

	Canadianas/Bengala/Andarilho	15
	Apoia-se na mobília	30
Medicação endovenosa	NÃO	0
	SIM	20
Marcha	Normal/Acamado/Cadeira de Rodas	0
	Desequilíbrio fácil	10
	Défice na marcha	20
Estado Mental	Consciente das suas limitações	0
	Não consciente das suas limitações	15

Tabela 3 –Avaliação do Risco de Queda no dia de alta

Avaliado novamente o equilíbrio através da escala de Berg no qual obteve score 46, evidenciando uma melhoria significativa em termos de equilíbrio:

	Descrição	Pontuação
1	Da posição de sentado para a posição de pé	3
2	Ficar em pé sem apoio	4
3	Sentado sem apoio	4
4	Da posição de pé para a posição de sentado	4
5	Transferências	4
6	Ficar em pé com os olhos fechados	4
7	Ficar em pé com os pés juntos	3
8	Inclinar-se para a frente com o braço esticado	3
9	Apanhar um objeto do chão	3
10	Virar-se para olhar para trás	4
11	Dar uma volta de 360 graus	4
12	Colocar os pés alternadamente num degrau	2
13	Ficar em pé com um pé à frente do outro	2
14	Ficar em pé sobre uma perna	2
		46

Tabela 4 –Avaliação da Escala de Berg à data de alta

Utente sem necessidade de acompanhamento em domicílio por ECCI, tendo sido encaminhado para centro de reabilitação. Realizados exercícios de alongamento e exercícios

musculares ativos dos membros superiores e inferiores. Treino de equilíbrio dinâmico em posição ortostática com auxílio de bola. Fornecida e explicada a prescrição de exercícios (apêndice I) para realização com auxílio da esposa até integrar centro de reabilitação (entrada protelada por episódio de síncope, aguarda observação médica). Explicada a necessidade de cumprir os exercícios de forma tranquila, sem ultrapassar o número 4 da escala de esforço (Borg modificada) e sempre com supervisão. Utente com alta da ECCL.

CONCLUSÃO

O presente estudo de caso descreveu a situação clínica do utente António, cujo internamento prologado por insuficiência cardíaca, complicado por paragem cardiorrespiratória após realização de ecografia transesofágica, levou a alterações da força muscular e equilíbrio, condicionando as suas atividades de vida diária. Foi integrado em ECCI para continuação do processo de reabilitação iniciado no internamento hospitalar.

Durante o período em que esteve integrado em ECCI realizou semanalmente exercícios de força muscular e de equilíbrio estático e dinâmico em posição ortostática, revelando franca melhoria no autocuidado: passou a realizar marcha sem auxílio do andarilho e necessita apenas de supervisão na realização de atividades como os cuidados de higiene e o vestir e despir. Por episódio de síncope que levou a queda da própria altura sem sequelas, decidiu não integrar para já um centro de reabilitação, aguardando consulta médica de reavaliação, assim, apesar de ter tido alta da ECCI (não necessitando de cuidados no domicílio) realizei a prescrição de um plano de exercícios para o utente realizar durante a semana. A prescrição foi analisada e aprovada pela minha enfermeira tutora e entregue ao utente com o devido esclarecimento para a realização dos exercícios de forma segura.

O acompanhamento do utente foi de extrema importância para o meu percurso, já que pude realizar a sua avaliação, a formular diagnósticos, implementar intervenções de enfermagem de reabilitação, assistir aos seus efeitos e também promover a continuidade de cuidados com a prescrição de um plano de exercícios adaptado à situação clínica do utente, enquanto aguarda entrada em centro de reabilitação.

Realço a importância do trabalho conjunto entre o enfermeiro de reabilitação, o utente e familiares para o sucesso da reabilitação em domicílio.

Considero que o objetivo do presente trabalho foi atingido, tendo sido descrita a história clínica e o plano de reabilitação traçado para o utente em estudo.

A realização do trabalho decorreu sem problemas e com a participação ativa do utente e da sua companheira, que mostraram sempre muita disponibilidade para as minhas questões. Como limitação aponto o facto de não ter apresentado diagnósticos relativamente ao autocuidado, pois na realidade o utente e companheira tinham já estratégias adaptativas eficazes, tendo sido traçado o plano de reabilitação para o treino de equilíbrio e força, que conseqüentemente melhorou a autonomia no autocuidado do utente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apóstolo, J. (2012). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria (Geriatric Instruments) – documento de apoio*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://baixardoc.com/preview/instrumentosdeavaliacaogeriatricamaio12-2-5c3b9fd031f18>
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf
- Miyata, K., Tamura, S., Kobayashi, S., Takeda, R., & Iwamoto, H. (2022). Berg Balance Scale is a Valid Measure for Plan Interventions and for Assessing Changes in Postural Balance in Patients with Stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 54, 1-8. <https://doi.org/10.2340/jrm.v54.4443>
- Ribeiro, O. (Coord.). (2021). *Enfermagem de Reabilitação, conceções e práticas*. Lidel.

ANEXOS

ANEXO I – ESCALA DE MORSE

		Score
Antecedentes de Queda (últimos 3 meses)	NÃO	0
	SIM	25
Diagnóstico Secundário	NÃO	0
	SIM	15
Apoio para deambulação	Nenhum/Apoiado/Acamado	0
	Canadianas/Bengala/Andarilho	15
	Apoia-se na mobília	30
Medicação endovenosa	NÃO	0
	SIM	20
Marcha	Normal/Acamado/Cadeira de Rodas	0
	Desequilíbrio fácil	10
	Défice na marcha	20
Estado Mental	Consciente das suas limitações	0
	Não consciente das suas limitações	15

0 -24 → Baixo Risco; 25 - 44 → Risco moderado; >45 → Alto Risco de queda

ANEXO II - ESCALA DE FORÇA MEDICAL RESEARCH COUNCIL (MRC)

Graus de Força Muscular	Descrição
5 - Normal	Mobilidade Completa contra resistência acentuada e contra a ação da gravidade
4 - Boa	Mobilidade integral contra a ação da gravidade e de certo grau de resistência
3 - Regular	Movimentos de amplitude normal contra a ação da gravidade
2 - Fraca	Mobilidade em todos os sentidos normais, com eliminação da gravidade
1 - Mínima	Sinais de discreta contratilidade, sem movimento da articulação
0 - Ausente	Não se observam sinais de contração muscular

ANEXO III - ESCALA DE BERG

DESCRIÇÃO DOS ITENS Pontuação (0-4)

	Descrição	Pontuação
1	Da posição de sentado para a posição de pé	
2	Ficar em pé sem apoio	
3	Sentado sem apoio	
4	Da posição de pé para a posição de sentado	
5	Transferências	
6	Ficar em pé com os olhos fechados	
7	Ficar em pé com os pés juntos	
8	Inclinar-se para a frente com o braço esticado	
9	Apanhar um objeto do chão	
10	Virar-se para olhar para trás	
11	Dar uma volta de 360 graus	
12	Colocar os pés alternadamente num degrau	
13	Ficar em pé com um pé à frente do outro	
14	Ficar em pé sobre uma perna	

1. DA POSIÇÃO DE SENTADO PARA A POSIÇÃO DE PÉ

- INSTRUÇÕES: Por favor, levante-se. Tente não usar as mãos como suporte.
- () 4 Consegue levantar-se sem usar as mãos e manter-se estável, de forma autónoma
- () 3 Consegue levantar-se de forma autónoma, recorrendo às mãos
- () 2 Consegue levantar-se, recorrendo às mãos, após várias tentativas
- () 1 Necessita de alguma ajuda para se levantar ou manter estável
- () 0 Necessita de ajuda moderada ou de muita ajuda para se levantar

2. FICAR EM PÉ SEM APOIO INSTRUÇÕES: Por favor, fique de pé por dois minutos sem se apoiar.

- () 4 Consegue manter-se em pé, com segurança, durante 2 minutos
- () 3 Consegue manter-se em pé durante 2 minutos, com supervisão
- () 2 Consegue manter-se em pé, sem apoio durante 30 segundos
- () 1 Necessita de várias tentativas para se manter de pé, sem apoio, durante 30 segundos
- () 0 Não consegue manter-se em pé durante 30 segundos, sem ajuda

- Se o sujeito conseguir manter-se em pé durante 2 minutos sem apoio, deverá registrar-se a pontuação máxima no item 3. Prosseguir para o item 4.

3. SENTA-SE COM AS COSTAS DESAPOIADAS MAS COM OS PÉS APOIADOS NO CHÃO OU SOBRE UM BANCO

- INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se com os braços cruzados durante 2 minutos.

- () 4 Mantém-se sentado com segurança e de forma estável durante 2 minutos
- () 3 Mantém-se sentado durante 2 minutos, com supervisão
- () 2 Mantém-se sentado durante 30 segundos
- () 1 Mantém-se sentado durante 10 segundos
- () 0 Não consegue manter-se sentado, sem apoio, durante 10 segundos

4. DA POSIÇÃO DE PÉ PARA A POSIÇÃO DE SENTADO

- INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se.

- () 4 Senta-se com segurança com o mínimo uso das mãos
- () 3 Ao sentar-se recorre às mãos
- () 2 Apoia a parte posterior das pernas na cadeira para controlar a descida
- () 1 Senta-se, de forma autónoma, mas sem controlar a descida
- () 0 Necessita de ajuda para se sentar

5. TRANSFERÊNCIAS

- INSTRUÇÕES: Coloque a(s) cadeira(s) de forma a realizar transferências tipo “pivot”. Podem ser utilizadas duas cadeiras (uma com e outra sem braços) ou uma cama e uma cadeira sem braços.

- () 4 Consegue transferir-se com segurança com o mínimo uso das mãos
- () 3 Consegue transferir-se com segurança, necessitando, de forma clara do apoio das mãos
- () 2 Consegue transferir-se com a ajuda de indicações verbais e/ou supervisão
- () 1 Necessita de ajuda de uma pessoa
- () 0 Necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar de modo a transferir-se com segurança

6. FICAR EM PÉ SEM APOIO E COM OS OLHOS FECHADOS

- INSTRUÇÕES: Por favor, feche os olhos e fique imóvel durante 10 segundos.

- () 4 Consegue manter-se em pé com segurança durante 10 segundos

- () 3 Consegue manter-se em pé durante 10 segundos, com supervisão
- () 2 Consegue manter-se em pé durante 3 segundos
- () 1 Não consegue manter os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé de forma estável
- () 0 Necessita de ajuda para evitar a queda

7. MANTER-SE EM PÉ SEM APOIO E COM OS PÉS JUNTOS

- INSTRUÇÕES: Por favor, mantenha os pés juntos e permaneça em pé sem se apoiar.
- () 4 Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma e manter-se em pé, com segurança, durante 1 minuto
- () 3 Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma e manter-se em pé durante 1 minuto, mas com supervisão
- () 2 Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma, mas não consegue manterá posição durante 30 segundos
- () 1 Necessita de ajuda para chegar à posição, mas consegue manter-se em pé, com os pés juntos, durante 15 segundos
- () 0 Necessita de ajuda para chegar à posição mas não consegue mantê-la durante 15 segundos

8. INCLINAR-SE PARA A FRENTE COM O BRAÇO ESTENDIDO AO MESMO TEMPO QUE SE MANTÉM DE PÉ

- INSTRUÇÕES: Mantenha o braço estendido a 90 graus. Estique os dedos e tente alcançar a maior distância possível. (O examinador coloca uma régua no final dos dedos quando o braço está a 90 graus. Os dedos não devem tocar a régua enquanto executam a tarefa. A medida registada é a distância que os dedos conseguem alcançar enquanto o sujeito está na máxima inclinação possível. Se possível, pedir ao sujeito que execute a tarefa com os dois braços para evitar a rotação do tronco).
- () 4 Consegue inclinar-se mais de 25cm para a frente, de forma confiante (10 polegadas)
- () 3 Consegue inclinar-se mais de 12 cm para a frente, com segurança (5 polegadas)
- () 2 Consegue inclinar-se mais de 5cm para a frente, com segurança (2 polegadas)
- () 1 Inclina-se para a frente mas necessita de supervisão
- () 0 Perde o equilíbrio durante as tentativas / necessita de apoio externo

9. APANHAR UM OBJECTO DO CHÃO A PARTIR DA POSIÇÃO DE PÉ

- INSTRUÇÕES: Apanhe o sapato/chinelo localizado à frente dos seus pés.

- () 4 Consegue apanhar o chinelo, facilmente e com segurança
- () 3 Consegue apanhar o chinelo mas necessita de supervisão
- () 2 Não consegue apanhar o chinelo, mas chega a uma distância de 2-5cm (1-2 polegadas) do chinelo e mantém o equilíbrio de forma autónoma
- () 1 Não consegue apanhar o chinelo e necessita supervisão enquanto tenta
- () 0 Não consegue tentar / necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda

10. VIRAR-SE PARA OLHAR SOBRE OS OMBROS DIREITO E ESQUERDO ENQUANTO ESTÁ DE PÉ

- INSTRUÇÕES: Vire-se e olhe para trás sobre o ombro esquerdo. Repetir para o lado direito. O examinador pode pegar num objeto para o paciente olhar e colocá-lo atrás do sujeito para encorajá-lo a realizar a rotação.
- () 4 Olha para trás para ambos os lados e transfere bem o peso
- () 3 Olha para trás por apenas um dos lados, revela menos capacidade de transferir o peso
- () 2 Apenas vira para um dos lados, mas mantém o equilíbrio
- () 1 Necessita de supervisão ao virar
- () 0 Necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda

11. DAR UMA VOLTA DE 360 GRAUS

- INSTRUÇÕES: Dê uma volta completa sobre si próprio. Pausa. Repetir na direção oposta.
- () 4 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos
- () 3 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança apenas para um lado em 4 segundos ou menos
- () 2 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança mas lentamente
- () 1 Necessita de supervisão ou de indicações verbais
- () 0 Necessita de ajuda enquanto dá a volta

12. COLOCAR OS PÉS ALTERNADOS NUM DEGRAU OU BANCO ENQUANTO SE MANTÉM EM PÉ SEM APOIO

- INSTRUÇÕES: Coloque cada pé alternadamente sobre o degrau/banco. Continuar até cada pé ter tocado o degrau/banco quatro vezes.
- () 4 Consegue ficar em pé de forma autónoma e com segurança e completar 8 passos em 20 segundos
- () 3 Consegue ficar em pé de forma autónoma e completar 8 degraus em mais de 20 segundos
- () 2 Consegue completar 4 degraus sem ajuda mas com supervisão

- () 1 Consegue completar mais de 2 degraus, mas necessita de alguma ajuda
- () 0 Necessita de ajuda para evitar a queda / não consegue tentar

13. FICAR EM PÉ SEM APOIO COM UM PÉ À FRENTE DO OUTRO

- INSTRUÇÕES: (DEMOSTRAR PARA O SUJEITO) Coloque um pé exatamente em frente do outro. Se sentir que não consegue colocar o pé exatamente à frente, tente dar um passo suficientemente largo para que o calcanhar do seu pé esteja à frente dos dedos do seu outro pé. (Para obter 3 pontos, o comprimento da passada deverá exceder o comprimento do outro pé e a amplitude da postura do paciente deverá aproximar-se da sua passada normal).
- () 4 Consegue colocar um pé exatamente à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos
- () 3 Consegue colocar um pé à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos
- () 2 Consegue dar um pequeno passo, de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos
- () 1 Necessita de ajuda para dar um passo mas consegue manter a posição durante 15 segundos
- () 0 Perde o equilíbrio enquanto dá o passo ou ao ficar de pé

14. FICAR EM PÉ SOBRE UMA PERNA

- INSTRUÇÕES: Fique em pé sobre uma perna, sem se segurar, pelo maior tempo possível.
- () 4 Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição durante mais de 10 segundos
- () 3 Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição entre 5 e 10 segundos
- () 2 Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição durante 3 segundos ou mais
- () 1 Tenta levantar a perna sem conseguir manter a posição durante 3 segundos, mas continua a manter-se em pé de forma autónoma
- () 0 Não consegue tentar ou necessita de ajuda para evitar a queda

APÊNDICES

APÊNDICE I - PRESCRIÇÃO DE EXERCÍCIO FÍSICO

Utente: -----

Antes de iniciar o seu plano de exercícios tenha em atenção o seguinte:

- Não realize o plano de exercícios em jejum ou durante a digestão.
- Use Roupa confortável e ténis. Não use sapatos abertos ou que escorreguem.
- Faça os exercícios sempre acompanhado!
- **Pare de realizar os exercícios se sentir:** Indisposição, tonturas, alterações da visão, dor no peito ou palpitações, suores e dificuldade em respirar.
- Não precisa de realizar os exercícios do plano todos de uma vez, se estiver cansado vá realizando o plano de exercícios ao longo do dia.
- Utilize a escala de esforço que se apresenta para perceber como se sente durante o exercício, não ultrapasse o número 4 da escala abaixo:

1	Muito fraco/leve	
2	Fraco	
3	Moderado	
4		
5	Forte/Intenso	
6		
7	Muito forte/intenso	
8		
9		
10	Extremamente forte	

O exercício deve ser agradável, se não se sentir confortável... Pare!

Plano de Exercícios:

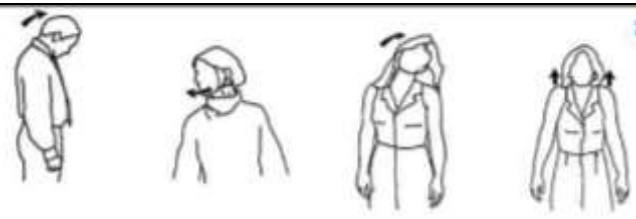


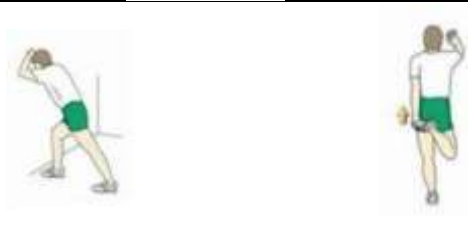
3 dias por semana (2ª/4ª/6ª):

Aquecimento	Marchar sem sair do sítio (acompanhar a marcha movendo os braços para a frente e para trás de forma alternada)	3 séries de 8 repetições	
	Em pé, apoiado na cadeira, dobre o joelho como na imagem.	2 séries de 8 repetições para cada perna	
Exercícios	Flexões em pé contra a parede	3 séries de 5 repetições	
	Subir e descer o degrau	3 séries de 5 repetições	
	Caminhada sempre acompanhado	10 minutos	
Alongamento/ relaxamento	Alongar as várias áreas corporais	5 minutos	Exemplos no final do documento

2 vezes por semana (3ª e 5ª feira):

Aquecimento	Marchar sem sair do sítio (acompanhar a marcha movendo os braços para a frente e para trás de forma alternada)	3 séries de 8 repetições	
	Em pé, apoiado na cadeira, dobre o joelho como na imagem.	2 séries de 8 repetições para cada perna	
Exercícios:	Fletir o cotovelo (com 2 garrafas de água de 0,5l - uma em cada mão)	3 séries de 8 repetições	
	Abrir e fechar os braços (com 2 garrafas de água de 0,5l - uma em cada mão)	3 séries de 5 repetições	
	Agachamento (com apoio de cadeira)	3 séries de 5 repetições	
	Bicos dos pés apoiado em cadeira	3 séries de 8 repetições	
	Percorrer o corredor com um pé à frente do outro com ajuda (pode marcar a linha com um cordel)	2 vezes	
	Caminhada	10 minutos	
Alongamento/ relaxamento	Alongar as várias áreas corporais	5 minutos	Exemplos no final do documento

Alongamentos:

Pescoço e Ombros	
Braços	
Tronco	
Pernas	

Para além dos exercícios é importante exercitar também a mente... Leia uma página de um livro diariamente. No final do livro conte a história à sua companheira.

Cláudia Santos, aluna do 1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (EMSHS/ESSEM).

EEER orientadora -----

Professor Doutor Júlio Belo Fernandes (EMSHS/ESSEM).

APÊNDICE XII – ESTUDO DE CASO: INTERNAMENTO HOSPITALAR

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO**

ESTUDO DE CASO

REABILITAR NO AUTOUIDADO

Cláudia Sofia de Matos Santos

Almada

2023

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

ESTUDO DE CASO

REABILITAR NO AUTOUIDADO

Trabalho realizado no âmbito de Estágio e Relatório – Internamento

Cláudia Santos, nº105135

Docente: Professor Doutor Júlio Belo Fernandes

Enfermeira Tutora: -----

Almada, 4 dezembro de 2023

SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

Bpm – batimentos por minuto

CE – Crânio-encefálica

CHULC – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

IMC – Índice de Massa Corporal

MRC – Medical Research Council

RM CE – Ressonância Magnética Crânio-encefálica

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

TAC – Tomografia Axial Computorizada

TAP – Torácica, abdominal e pélvica

TEP – Tromboembolismo pulmonar

ÍNDICE

Introdução.....	6
1. Histórico de Enfermagem.....	8
1.1. Dados gerais	8
1.2. Motivo de internamento.....	8
1.3. Antecedentes de saúde.....	10
1.4. Exame físico sumário.....	10
2. Avaliação de Enfermagem de Reabilitação.....	11
2.1. Estado mental	11
2.2. Avaliação dos pares cranianos.....	12
2.3. Sensibilidade	14
2.4. Avaliação da motricidade.....	14
2.4.1. Força muscular e tônus muscular	15
2.4.2. Coordenação de movimentos.....	16
2.5. Avaliação do Equilíbrio.....	16
2.6. Avaliação da capacidade funcional	17
2.7. Risco de Queda	19
3. Problemas Identificados.....	21
4. Plano de Cuidados (CIPE)	22
Conclusão	32
Referências bibliográficas	33
Apêndices.....	34
Apêndice I – Avaliação Cognitiva Montreal cognitive assessment (Moca)	34
Apêndice II - Avaliações da Escala de Berg.....	35
Apêndice III – Avaliações da escala MIF.....	36
Apêndice IV – Avaliações da escala de Morse	37
Anexos.....	38
Anexo I – Escala de coma glasgow	38
Anexo II – Medida de independência funcional (mif).....	39
Anexo III – Escala de Morse.....	40
Anexo IV - Escala de Força Medical research Council (MRC).....	41
Anexo V – Escala de Ashworth modificada	41
Anexo VI – Escala de equilíbrio de Berg	42

ÍNDICE DE FIGURAS

Fig.1 – Tabela de registo de força muscular e tónus muscular nos diferentes segmentos corporais.....	13
Fig. 2 – Primeira avaliação da Escala de Berg.....	15
Fig. 3 – Primeira avaliação da Escala MIF.....	16

INTRODUÇÃO

O presente trabalho consiste na apresentação de um estudo de caso e foi realizado no âmbito da unidade curricular de Estágio e Relatório, do 2º ano e 1º semestre do curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. O ensino clínico a que se refere decorreu no serviço de internamento entre 21/09/2023 e 05/11/2023.

O objetivo principal deste estudo de caso consiste em descrever o plano de cuidados de enfermagem de reabilitação estabelecido para um utente integrado no serviço de internamento de reabilitação, visando a melhoria da capacidade funcional do mesmo.

Para a realização do Estudo de Caso foi escolhido um utente, com o nome J. R. , que sofreu um AVC com sequelas significativas, apresentando alterações sérias na sua capacidade funcional. O AVC é uma doença complexa que pode alterar significativamente a realidade da pessoa, impõe limitações motoras e sensoriais que alteram grandemente a qualidade de vida e a funcionalidade. A reabilitação deve ser precoce promovendo a independência, a capacidade funcional e a qualidade de vida (Menoita, 2012).

Foi explicado ao utente o objetivo do estudo de caso, que a sua identidade não iria ser exposta na realização do mesmo e que toda a informação desnecessária para a elaboração do trabalho não iria ser utilizada, de forma a assegurar a confidencialidade e privacidade do utente. O utente consentiu a realização do presente trabalho.

A escolha do utente prendeu-se ao facto deste ter iniciado o seu processo de reabilitação no serviço de internamento recentemente, estar numa faixa etária abaixo dos 60 anos e encontrar-se ainda dependente em grau elevado no autocuidado. Acompanhei o utente J.R. desde o início de estágio a 21/09/2023 até ao final de estágio a 05/11/2023, sendo esse o período reportado por este estudo de caso.

Para a obtenção da informação necessária à elaboração do estudo de caso foi realizada a consulta do seu processo clínico, equipa de enfermagem e equipa médica; entrevista ao utente e a informação retirada ao longo dos contatos.

Numa primeira fase do trabalho irei apresentar o histórico de enfermagem, na qual apresento os dados gerais do utente, o motivo de internamento, os antecedentes de saúde e o exame físico sumário. Numa segunda parte encontra-se descrita a avaliação de enfermagem de reabilitação, com a avaliação neurológica, avaliação da motricidade, avaliação da sensibilidade, avaliação do equilíbrio e da capacidade funcional. Numa terceira fase apresento as alterações identificadas com a formulação de diagnósticos. O quarto capítulo consiste na apresentação do plano de cuidados segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) individualizado mediante as alterações encontradas. Por fim serão apresentadas uma pequena conclusão, as referências bibliográficas, os anexos e apêndices relativos ao presente estudo de caso.

1. HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

O processo de enfermagem é um instrumento fundamental para a prática de enfermagem, alia o conhecimento ao cuidado, permitindo atuar na pessoa de forma holística. Segundo o regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais, o enfermeiro deve diagnosticar e priorizar problemas mediante uma recolha e análise adequada dos dados mais relevantes (dados de fontes primárias e secundárias), que permitam o estabelecimento de um plano de cuidados individualizado e fundamentado em parceria com os utentes (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Assim, de forma a conceber um plano de cuidados adequado, foi realizada uma colheita de dados de diversas fontes: utente, processo clínico, equipa de enfermagem e equipa médica. Não foi possível a colaboração da família por questões psicossociais.

1.1.DADOS GERAIS

Utente internado na unidade de reabilitação, com o nome J.R., de 54 anos, do sexo masculino, raça negra. Reside em Lisboa com a filha menor, que de momento encontra-se a residir com a mãe. Encontra-se separado da mãe da filha, restantes familiares encontram-se fora do país. Previamente autónomo nas atividades de vida diária, é condutor e manobrador de máquinas.

1.2.MOTIVO DE INTERNAMENTO

Utente transportado ao Serviço de urgência do Hospital por episódio de crise convulsiva tónico-clónica com hemiplegia esquerda. Após realização de exames imagiológicos fica internado no serviço de neurocríticos com o diagnóstico de Hematoma Intraparenquimatoso Temporo-parietal direito. No dia 8/7/2023 realiza Craniotomia temporo-parietal direita com drenagem de Hematoma, apresentando melhoria do quadro. Durante o internamento manteve-se hipertenso, taquicardico e febril pelo que foi presumido síndrome de hiperestimulação simpática.

A 14/08/2023 teve alta clínica com melhoria significativa dos défices resultantes do AVC hemorrágico, nomeadamente disfagia e negligência hemiespacial esquerda.

É transferido para o serviço de Doenças Infeciosas no dia 17/07/2023 por alterações respiratórias, sendo diagnosticada pneumonia de aspiração. Realizou TAC-TAP que revelou TEP bilateral. Iniciou anticoagulação em dose terapêutica com Enoxaparina e após discussão com Neurocirurgia e Imunohemoterapia foi levantada a alta clínica. Sem mais intercorrências durante o internamento é transferido a 01/09/2023 para a unidade de reabilitação para continuidade do seu processo de reabilitação, à data da transferência apresenta as seguintes sequelas: paresia facial

central esquerda, ligeira disartria, hemianopsia e neglect esquerdo, hemiplegia e hemihipostesia esquerda.

Exames realizados durante o internamento no hospital:

TAC CE (08/07)	"Comparativamente com o estudo anterior é menos significativo o grau de moldagem do sistema ventricular supratentorial e de desvio contralateral das estruturas da linha média. Não observamos anomalias topográficas da extremidade das amígdalas cerebelosas. Hipodensidades circunscritas da cabeça do núcleo caudado direito e do corpo do núcleo caudado esquerdo, já documentadas no estudo anterior, que atribuímos a sequelas de lesões vasculares isquémicas de tipo lacunar".
TAC CE (10/07)	"Sinais de abordagem cirúrgica com craniotomia parietal e temporal direita. Local cirúrgica com densidades hemáticas e densidades gasosas a nível parietal e temporal direito. Coexiste pneumocefalia subdural de predomínio bifrontal. Pequena hemorragia intraventricular decantada nos cornos occipitais dos ventrículos laterais. Mínimo efeito de massa com desvio das estruturas da linha mediana para a esquerda. Enfartes lacunares antigos estriatocapsulares bilaterais de predomínio direito. Edema dos tecidos moles epicranianos da região frontoparietal e temporal direita".
Ecografia transtorácica	"Ventrículo esquerdo não dilatado, sem hipertrofia das paredes. Boa função sistólica global. Válvula Mitral com folhetos discretamente espessados, com movimento diastólico normal. Insuficiência ligeira da válvula Aórtica (tricúspide) com cúspides discretamente espessadas, com boa abertura sistólica. Pericárdio sem alterações".
Ecodoppler dos vasos do pescoço	"Pequenas placas ateromatosas homogêneas na bifurcação carotídea bilateralmente".
Ecodoppler transcraniano	Sem alterações.
RM-CE (20/07)	"Tal como observado em exame TAC prévio, datado 10/07/2023, identificam-se alterações pós-cirúrgicas, já conhecidas, com área lesional temporo-parietal e núcleo-basal, de sinal heterogêneo, com componente hemático em fase subaguda, discreto edema regional e ligeiro efeito massa sobre os sulcos corticais adjacentes e sobre o ventrículo lateral homolateral, com incipiente desvio das estruturas da linha média. Coexiste hemorragia intraventricular, sem sinais hidrocefalia. Coexiste hemorragia subaracnoideia regional, estando mantida a permeabilidade dos restantes sulcos corticais e das cisternas basais. Os aspectos descritos não sugerem presença de lesão expansiva subjacente".
TC-TAP (18/08/2023)	"TEP bilateral lobar e segmentar com pequeno enfarte pulmonar à direita, trombose parcial da veia renal direita, trombose da veia ilíaca interna direita e da veia ilíaca primitiva direita".

1.3. ANTECEDENTES DE SAÚDE

O utente J.R. apresenta como antecedentes pessoais HIV - 1 (carga viral elevada); hepatite B e D (seguido em consulta de Infeciologia); Status pós Maxilectomia Mediana direita por Angiomatose Bacilar com aparecimento posterior de fistula oro-antral corrigida em 2018; Trombocitopénia (em relação com VIH) e Patologia discal L4-L5.

Cumpre em ambulatório a seguinte medicação: Emtricitabina + Tenofovir (Truvada) e raltegravir.

Desconhece alergias. Nega hábitos aditivos.

1.4. EXAME FÍSICO SUMÁRIO

O presente exame físico foi realizado no dia 22/09/2023.

Utente consciente, orientado no tempo, espaço e pessoa (Score 15 na escala de coma Glasgow – Anexo I). Idade aparente correspondente à idade cronológica. Pesa cerca de 84Kg, mede 176cm (IMC = 27,1 Kg/m²). Apresenta pele íntegra, corada e hidratada, tem um aspeto cuidado.

Eupneico em repouso com frequência respiratória de 16 ciclos por minuto, respiração profunda, toraco-abdominal e simétrica. Oximetria periférica de 98%. Tórax simétrico e sem deformidades. Ligeiramente hipertenso com 137/90mmHg, normocárdico (84bpm) e apirético.

Massa muscular sem alterações nos membros superiores e membro inferior direito. Apresenta plegia do hemicorpo esquerdo. Massa muscular diminuída no membro inferior esquerdo (dismetria dos membros inferiores).

Dependente em grau elevado nos autocuidados higiene, vestir/despir, sanitário e transferir.

Dependente em grau moderado no autocuidado alimentar, consegue alimentar-se por mão própria mas necessita que lhe cortem os alimentos e que orientem a refeição devido à presença de hemianopsia lateral esquerda. Alimenta-se de dieta geral, tem dentição completa e sem alterações. Não apresenta disfagia. Abdómen sem alterações. Sem alterações na eliminação intestinal.

Urina para a fralda.

2. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Em reabilitação, o processo de Enfermagem adquire uma dimensão ainda mais valiosa, permitindo identificar os problemas e necessidades da pessoa alvo de cuidados, nas situações de grande complexidade com as quais o EEER se depara diariamente. Esta intervenção diferenciada e complexa depende de uma colheita de dados que sustente e diferencie os cuidados (Ribeiro, 2021).

O estabelecimento de objetivos realistas e praticáveis ocorre quando o EEER conhece em pormenor o contexto atual e anterior de cada pessoa alvo de cuidados, bem como o seu projeto de saúde. Dessa forma, a intervenção suportada garante ganhos de saúde pessoal, familiar e social, ao melhorar a capacidade funcional da pessoa (Ribeiro, 2021).

De forma a estabelecer diagnósticos adequados e um plano de cuidados individualizado, foi realizado o exame neurológico nos primeiros turnos realizados no internamento: avaliação do estado mental, pares cranianos, sensibilidade, motricidade e equilíbrio. Foi também realizada avaliação da funcionalidade através da aplicação da escala de medida de independência funcional (MIF – anexo II) e o risco de queda através da escala de Morse (anexo III).

Para a avaliação do utente foram utilizados instrumentos de avaliação recomendados pela mesa do colégio de especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2016).

2.1. ESTADO MENTAL

Avaliação realizada a 22 e 24/09/2023.

Estado de Consciência	Utente vígil. Score 15 na escala de coma Glasgow (Anexo I), com abertura ocular espontânea, resposta verbal orientada, obedece a ordens simples.
Orientação	Orientação autopsíquica e alopsíquica (sabe onde se encontra, dia, mês e ano)
Atenção	Aplicado o instrumento Montreal Cognitive Assessment (MoCA - Apêndice I) a 24/09/2023, no qual o utente obteve um score 21, revelando pequenas alterações no exercício visuo-espacial. Não conseguiu realizar o exercício de evocação diferido. Sem alterações significativas de memória nem de linguagem.
Memória	Utente com hipoprosexia.
Capacidades práticas	Sem alterações. Executa gestos simbólicos e gestos icónicos transitivos

	e intransitivos.
Negligência hemiespacial unilateral	Com negligência hemiespacial esquerda
Linguagem	Apresenta discurso espontâneo, sem alterações de compreensão, nomeia e repete.

2.2.AVALIAÇÃO DOS PARES CRANIANOS

Avaliação realizada a 01/10/2023.

Pares Cranianos					
Par craniano	Teste	Avaliação		Dta	Esq
I – Olfativo	Identificar o odor de modo bilateral ocluindo a narina contralateral	Parosmia			
		Anosmia			
		Hiposmia			
		Sem alteração		X	X
II – Óptico	Exame de confrontação: fechar um dos olhos e fazer a contagem dos dedos a várias distâncias	Acuidade Visual	Amaurose		
			Ambliopia	X	X
			Normal		
	Exame de confrontação: Fechar um dos olhos e saber até que ângulo consegue observar o dedo	Campo visual	Escotomas		
			Hemianopsia homônima		X
			Normal		
III – Oculomotor Comum	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar a resposta pupilar ao estímulo luminoso (luz do canto externo para o interno do olho) Avaliar os movimentos conjugados do globo ocular (desenhar um H no espaço) 	Pupilas	Miose(1)/ midríase(2)		(2)
			Isocória		
			Anisocoria	X	X
			Diplopia		
		Ptose palpebral			
		Movimentos conjugados	X	X	
		Nistagmo			
IV – Patético		Movimentos conjugados	X	X	
V – Trigêmio	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar (bilateralmente) a sensibilidade. Divisão oftálmica (S1); maxilar (S2) 	Sensibilidade termo-álgica		X	X
		Sensibilidade tátil		X	X
		Reflexo córneo-palpebral		X	X

	e mandibular (S3) • Identificar a capacidade da pessoa em encerrar e mover a mandíbula (bilateralmente)	Mastigação e abertura da mandíbula	X	X	
VI – Oculomotor externo		Movimentos conjugados	X	X	
VII – Facial	• Solicitar à pessoa para sorrir, franzir o sobrolho e encerrar de forma firme as pálpebras. • Teste dos sabores (doce – açúcar; salgado – Sal; amargo – café e ácido – limão)	Parésia facial central		X	
		Parésia facial periférica			
		Digeusia (2/3 anteriores da língua)			
		Ageusia (2/3 anteriores da língua)			
		Sem alterações do paladar	X	X	
		Glândulas submaxilares, sublinguais e lacrimais			
VIII – Estato-Acústico		Equilíbrio	Sentado	Estático	X
				Dinâmico	
		De pé	Estático		
			Dinâmico		
		audição	Rinne	NA	NA
			Weber	NA	NA
IX – Glossofaríngeo	Teste dos sabores (doce – açúcar; salgado – Sal; amargo – café e ácido – limão)	Digeusia (1/3 posterior da língua)			
		Ageusia (1/3 posterior da língua)			
		Sem alterações do paladar	X	X	
X – Vago		Reflexo de vômito	X		
		Desvio da Úvula	NA		
		Hipofonia			
		Disfonia			
		Sem alteração da voz	X		
XI – Espinhal		lateralização da cabeça contra resistência	X	X	
		Elevação dos ombros contra resistência	X		

XII – Grande hipoglosso	Avaliar os diferentes movimentos da língua	Desvio da língua	X
		Atrofia da Língua	
		Acumulação de saliva na fossa piriforme	
		Sem alterações	

NA- Não aplicável/Impossibilidade de teste

Utente com alterações nos pares cranianos óptico (II), com diminuição da acuidade visual e hemianopsia do quadrante inferior do olho esquerdo; oculomotor comum (III), apresenta anisocoria com midríase do olho esquerdo; facial (VII), com parésia facial central esquerda; estato-acústico (VIII), apresenta apenas equilíbrio sentado estático, não foi possível realizar os testes de Rinne e Weber por inexistência de diapasão; espinhal (XI), não eleva ombro esquerdo contra a resistência e grande hipoglosso (XII), apresentando desvio da língua para a direita.

2.3. SENSIBILIDADE

Testada a sensibilidade superficial tátil, térmica e algica na face, tronco, membros superiores e membros inferiores bilateralmente. Na face, tronco, membro superior e inferior direito o utente não apresenta alterações da sensibilidade nas três vertentes. No membro superior e inferior esquerdo apresenta diminuição da sensibilidade tátil, térmica e algica.

Relativamente à sensibilidade profunda, utente apresenta alterações na barestesia e sensibilidade postural do lado esquerdo, não revelando alterações no hemicorpo direito.

2.4. AVALIAÇÃO DA MOTRICIDADE

Avaliação realizada a 22/09/2023.

2.4.1. Força Muscular e Tónus muscular

Para a avaliação da força muscular foi utilizada a escala de força Medical Research Council (MRC – anexo IV) e para a avaliação do tónus muscular (espasticidade) foi utilizada a escala de Ashworth modificada (anexo V) e construída uma tabela de registo (Fig.1).

Utente com hemiplegia esquerda, força de grau zero em todos os segmentos corporais à esquerda. Força sem alterações no hemicorpo direito.

Relativamente ao tónus muscular, utente apresenta ligeiro aumento de tónus (espasticidade) ao nível do punho e dedos da mão esquerda (graus diferentes nos diferentes dedos, utente não tem 3º dedo devido a acidente de trabalho) e articulação tibiotársica esquerda.

Segmento	Movimento	Tónus (Ashworth modificada)		Força Muscular (MRC)	
		Direita	Esquerda	Direita	Esquerda
Cabeça e Pescoço	Flexão	0	0	5	5
	Extensão	0	0	5	5
	Lateralização	0	0	5	4
	Rotação	0	0	5	4
Escapulo-Umeral	Flexão	0	0	5	0
	Extensão	0	0	5	0
	Adução	0	0	5	0
	Abdução	0	0	5	0
	Rotação Interna	0	0	5	0
	Rotação Externa	0	0	5	0
Cotovelo	Flexão	0	0	5	0
	Extensão	0	0	5	0
Antebraço	Pronação	0	0	5	0
	Supinação	0	0	5	0
Punho	Flexão	0	1+	5	0
	Extensão	0	1+	5	0
	Desvio radial	0	1+	5	0
	Desvio cubital	0	1+	5	0
Dedos (mãos)	Flexão	0	1º dedo - 1+ 2º dedo - 0 4º e 5º dedo - 2	5	0
	Extensão	0		5	0
	Adução	0		5	0
	abdução	0		5	0
	Oponência do polegar	0	1	5	0
Coxo-femoral	Flexão	0	0	5	0
	Extensão	0	0	5	0
	Adução	0	0	5	0

	Abdução	0	0	5	0
	Rot. Interna	0	0	5	0
	Rot. Externa	0	0	5	0
Joelho	Flexão	0	0	5	0
	Extensão	0	0	5	0
Tibio-társica	Flexão plantar	0	1	5	0
	dorsiflexão	0	1	5	0
	Inversão	0	1	5	0
	Eversão	0	1	5	0
Dedos (pés)	Flexão	0	0	5	0
	Extensão	0	0	5	0
	Adução	0	0	5	0
	Abdução	0	0	5	0

Fig.1 – Tabela de registo de força muscular e tónus muscular nos diferentes segmentos corporais

2.4.2. Coordenação de Movimentos

A avaliação da coordenação de movimento foi realizada através da prova índex-nariz apenas com o membro superior direito, com os olhos abertos e fechados. Não foi realizada prova calcanhar-joelho devido a hemiplegia com negligência esquerda. Prova índex-nariz do lado direito sem alterações.

2.5. AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO

A 22/09/2023 foi avaliado equilíbrio através da escala de Berg (Anexo VI), na qual obteve 0 pontos. Utente sem equilíbrio estático e dinâmico na posição sentado.

	Descrição	Pontuação
1	Da posição de sentado para a posição de pé	0
2	Ficar em pé sem apoio	0
3	Sentado sem apoio	0
4	Da posição de pé para a posição de sentado	0
5	Transferências	0
6	Ficar em pé com os olhos fechados	0

7	Ficar em pé com os pés juntos	0
8	Inclinar-se para a frente com o braço esticado	0
9	Apanhar um objeto do chão	0
10	Virar-se para olhar para trás	0
11	Dar uma volta de 360 graus	0
12	Colocar os pés alternadamente num degrau	0
13	Ficar em pé com um pé à frente do outro	0
14	Ficar em pé sobre uma perna	0
		0

Fig. 2 – Primeira avaliação da Escala de Berg

2.6. AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL

Segundo Araújo (2021), o programa de reabilitação deve assentar em objetivos realistas construídos pelo EEER em conjunto com o utente. Estes objetivos visam a melhoria da capacidade funcional do utente e devem fazer parte das rotinas diárias. A teoria das consequências funcionais de Miller (2012) dá ênfase ao papel essencial dos enfermeiros na promoção da funcionalidade e qualidade de vida da população. Ao intervir na minimização ou ablação de consequências funcionais negativas, promove o bem-estar e a capacidade funcional da pessoa (transformando as consequências funcionais negativas em consequências funcionais positivas). Considerando que as consequências funcionais constituem os efeitos observáveis de ações, fatores de risco e mudanças que influenciam a qualidade de vida e as atividades de vida diária, estas são negativas quando interferem com a funcionalidade da pessoa, e são positivas quando facilitam a funcionalidade e quando a pessoa se mantém independente na realização das atividades diárias (Miller, 2012).

Assim, foi avaliada a escala de Medida de Independência Funcional (MIF – Anexo II) a 24/09/2023 de forma a compreender o tipo de dependência funcional que o utente revela, para que seja possível a implementação de um plano de intervenções adequado para a promoção da melhoria da sua capacidade funcional:

NÍVEIS	7 Independência Completa (Em segurança, em tempo normal)	Sem
	6 Independência modificada (ajuda técnica)	ajuda

	Dependência Modificada 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo >= 75%) 3 Ajuda moderada (indivíduo >= 50%) Dependência Completa 2 Ajuda máxima (indivíduo >= 25%) 1 Ajuda Total (indivíduo >= 0%)	Ajuda
Auto-Cuidados		
A. Alimentação	3	
B. Higiene Pessoal	2	
C. Banho (Lavar Corpo)	2	
D. Vestir metade superior	1	
E. Vestir metade inferior	1	
F. Utilização da sanita	1	
Controle de Esfincteres		
G. Bexiga	7	
H. Intestino	7	
Mobilidade (Transferências)		
I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas	2	
J. Sanita	2	
K. Banheira, Duche	2	
Locomoção		
L. Marcha/Cadeira de Rodas	2	
M. Escadas	1	
Comunicação		
N. Compreensão	7	
O. Expressão	7	
Cognição Social		
P. Interação social	7	

Q. Resolução de problemas	6
R. Memória	6
	66

Fig. 3 – Primeira avaliação da Escala MIF

2.7. RISCO DE QUEDA

Tendo em conta as alterações reveladas no exame neurológico, foi realizada a avaliação do risco de queda através da escala de Morse (Anexo III) a 22/09/2023:

		Score
Antecedentes de Queda (últimos 3 meses)	NÃO	0
	SIM	25
Diagnóstico Secundário	NÃO	0
	SIM	15
Apoio para deambulação	Nenhum/Apoiado/Acamado	0
	Canadianas/Bengala/Andarilho	15
	Apoia-se na mobília	30
Medicação endovenosa	NÃO	0
	SIM	20
Marcha	Normal/Acamado/Cadeira de Rodas	0
	Desequilíbrio fácil	10
	Défice na marcha	20
Estado Mental	Consciente das suas limitações	0
	Não consciente das suas limitações	15
		55

Utente com score 55 na escala de Morse, revelando alto risco de queda.

3. PROBLEMAS IDENTIFICADOS

Após colheita e análise dos dados obtidos no histórico de enfermagem, da neuroavaliação, da avaliação da funcionalidade e da avaliação do risco de queda, foram encontrados os seguintes problemas reais e potenciais segundo a CIPE, formulando os seguintes diagnósticos:

- Movimento Corporal comprometido no membro superior e inferior esquerdo;
- Potencial para melhorar capacidade para executar exercícios musculares e articulares;
- Espasticidade dos dedos da mão e punho esquerdo e da articulação tibiotársica do membro inferior esquerdo;
- Equilíbrio Comprometido;
- Capacidade em transferir-se em grau elevado;
- Potencial para melhorar capacidade para transferir-se;
- Autocuidado higiene comprometido em grau elevado;
- Potencial para melhorar capacidade para tomar banho;
- Autocuidado vestir-se/despir-se comprometido em grau elevado;
- Potencial para melhorar capacidade para vestir-se/despir-se;
- Autocuidado sanitário comprometido em grau elevado;
- Potencial para melhorar capacidade para utilizar o sanitário;
- Risco de queda em grau elevado.

De forma a intervir nas consequências negativas supracitadas foi estabelecido e aplicado um plano de cuidados individualizado com vista à promoção da melhoria da capacidade funcional do Sr. J.R.

4. PLANO DE CUIDADOS (CIPE)

Data	Diagnóstico	Intervenção	Avaliação
22/09/2023	Movimento Muscular Comprometido no membro superior e inferior esquerdo	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar força muscular (Escala MRC); • Executar técnica de exercício muscular e articular passivo dos segmentos corporais do membro superior e inferior esquerdo; • Ensinar, instruir e treinar exercícios musculares e articulares ativos e ativos-resistidos do hemicorpo direito; • Executar atividades terapêuticas: Rolamentos, ponte, rotação controlada da anca, carga no cotovelo esquerdo e automobilização; • Realização de exercícios de inibição do membro superior; • Incentivar a realização de exercício físico prescrito. 	<p>22/09 – Realizados exercícios de força e amplitude articular do hemicorpo esquerdo, no qual apresenta força de grau 0/5 segundo a MRC em todos os segmentos do MSE e MIE. Realizada uma série de 10 repetições de mobilizações passivas em todos os segmentos articulares do hemicorpo. Mobilizações do ombro e coxofemoral realizadas em menor amplitude por queixas de dor à mobilização acima de 90° na flexão do ombro esquerdo e 60° no movimento de flexão da coxofemoral esquerda.</p> <p>Realizou uma série de 10 repetições de rolamento, rotação controlada da anca e ponte no leito com ajuda moderada. Realizado ensino sobre a importância destas atividades e como deve realizá-las. Utente com hipoprosexia pelo que necessita de reforço de ensino, instrução e supervisão no treino destas atividades nos próximos contatos.</p> <p>13/10 - Realizou uma série de 8 repetições de mobilizações ativas do pescoço (flexão/extensão, lateralização e rotação) e ativas do membro superior direito (elevação e depressão do ombro, flexão/extensão do ombro e flexão e extensão do cotovelo) sentado em cadeira de rodas. Conseguiu realizar os exercícios sem dificuldade após demonstração. No leito foram realizados exercícios de amplitude articular do hemicorpo esquerdo, no qual mantém força de grau 0/5 segundo a MRC em todos os segmentos do MSE e MIE. Realizada uma série de 10 repetições de mobilizações passivas em todos os segmentos articulares do MSE e MIE à exceção da articulação coxofemoral por queixas de dor. Dado conhecimento à equipa médica.</p>

		<p>29/10 – Cumpriu programa de mobilizações passivas nos segmentos do hemisfério esquerdo (uma série de 10 repetições). Apresenta melhor tolerância à mobilização da articulação coxofemoral e ombro. Tolerou mobilizações de flexão/extensão da coxofemoral até 90º, ligeira adução/abdução, rotação interna/externa e circundação. No ombro não tolera mobilização de rotação externa/interna, no entanto já tolera flexão/extensão, abdução/adução em maior amplitude. Mantém força 0/5 na MRC.</p> <p>Participou na atividade de grupo: “Exercitar em segurança: Sessão de exercício físico em cadeira”. Sessão de treino com duração de 35 minutos, composta por exercícios de aquecimento (controlo e dissociação de tempos respiratórios; mobilização ativa da cabeça e pescoço, membros superiores, tronco e membros inferiores); treino dinâmico (Mobilização ativa, Força, equilíbrio e coordenação) e alongamentos.</p> <p>5/11 - Realizou uma série de 8 repetições de mobilizações ativas do pescoço (flexão/extensão, lateralização e rotação) e ativas do membro superior direito (elevação e depressão do ombro, flexão/extensão do ombro e flexão e extensão do cotovelo) sentado em cadeira de rodas. Realizou também exercício de inibição do membro superior (sentado em cadeira de rodas diante da mesa, com os dedos entrelaçados e em cima da mesa e com os cotovelos em extensão, moveu o corpo de um lado para o outro da mesa levando um pano para 3 pontos marcados na mesa). Realizou exercícios sem dificuldade.</p> <p>No leito realizou programa de mobilizações passivas nos segmentos do hemisfério esquerdo (uma série de 10 repetições) mantendo força 0/5 na MRC. Apresentou menos tolerância à mobilização da articulação coxofemoral e ombro comparativamente a turnos anteriores. Tolerou mobilizações de flexão/extensão da coxofemoral até 90º e circundação. No ombro não tolera mobilização de rotação externa/interna, e apresentou dor nos movimentos de flexão/extensão e abdução/adução. Realizou também uma série de 10 repetições das atividades terapêuticas: rolamento, ponte e rotação controlada da anca com ajuda reduzida.</p>
--	--	---

<p style="text-align: center;">22/09/2023</p>	<p style="text-align: center;">Potencial para melhorar capacidade para executar exercícios musculares e articulares</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular; • Ensinar, instruir e treinar técnicas de exercício muscular e articular: automobilização e técnicas de atividades terapêuticas. 	<p>22/9 – Utente sem conhecimento sobre exercícios musculares e articulares, mas com motivação para aprender. Realizado ensino e treino de automobilização do membro superior esquerdo. Utente demonstra dificuldade em elevar as mãos acima da cabeça mas aparentemente compreendeu a técnica.</p> <p>Realizado também ensino e treino de atividades terapêuticas no leito: rolamento, rotação controlada da anca e ponte. Utente com dificuldade de concentração, necessitou de orientação para a realização das técnicas após ensino.</p> <p>A reforçar ensino no próximo contato.</p> <p>13/10 - Utente não consegue realizar os exercícios musculares e articulares bem como as atividades terapêuticas ensinadas no contato anterior. Reforçado ensino sobre as mesmas e treino (uma série de 10 repetições) de automobilização do membro superior esquerdo, rolamento, rotação controlada da anca e ponte. Utente realizou as atividades com ajuda moderada.</p> <p>29/10 - Conseguiu executar automobilização do membro superior esquerdo de forma correta sentado na cadeira de rodas e no leito, onde também realizou rolamento, ponte e rotação controlada da anca com ajuda reduzida. Demonstrou conhecer as técnicas.</p> <p>5/11 - Conseguiu executar automobilização do membro superior esquerdo de forma correta sentado na cadeira de rodas e no leito, onde também realizou rolamento, ponte e rotação controlada da anca com ajuda reduzida. Demonstrou conhecer as técnicas.</p>
---	---	--	--

<p style="text-align: center;">22/09/2023</p>	<p style="text-align: center;">Espasticidade dos dedos da mão e punho esquerdo e da articulação tibiotársica do membro inferior esquerdo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar tônus muscular com a escala Ashworth modificada; • Executar técnica de exercício muscular e articular passivo dos segmentos corporais do membro superior e inferior esquerdo; • Ensinar, instruir e treinar exercícios musculares e articulares (automobilização do membro superior esquerdo, flexão/extensão; abdução/adução dos dedos da mão esquerda); • Incentivar a realização de exercícios passivos (flexão/extensão) dos dedos da mão esquerda e automobilização do membro superior esquerdo; • Posicionar em padrão antiespástico; • Ensinar, instruir e treinar posicionamento antiespástico sentado e deitado; • Incentivar o posicionamento antiespástico. 	<p>22/09 – Realizada uma série de 10 repetições de mobilizações passivas em todos os segmentos articulares do hemicorpo esquerdo. Segundo a escala de Ashworth modificada apresenta grau 2 no 4º e 5º dedo, grau 0 no 2º dedo e grau 1+ no 1º dedo da mão esquerda. Não tem 3º dedo devido a acidente de trabalho no passado. No punho apresenta grau 1+ na escala de Ashworth modificada. Restantes segmentos do membro superior sem alterações de tônus muscular. No membro inferior apresenta tônus aumentado na articulação tibiotársica (grau 1 na escala de Ashworth), restantes segmentos sem alterações.</p> <p>Realizado ensino sobre posicionamento antiespástico da mão esquerda. No leito foi posicionado em decúbito lateral direito em padrão antiespástico.</p> <p>13/10 - Realizada uma série de 10 repetições de mobilizações passivas em todos os segmentos articulares do hemicorpo esquerdo. Mantém aumento de tônus nos dedos, punho e articulação tibiotársica esquerda (grau 2 no 4º e 5º dedo, grau 0 no 2º dedo e grau 1+ no 1º dedo da mão esquerda; grau 1+ no punho; grau 1 na articulação tibiotársica). Restantes segmentos corporais sem alterações de tônus muscular.</p> <p>Reforçado ensino sobre posicionamento antiespástico da mão esquerda, incentivado a realizar mobilizações dos dedos da mão esquerda (flexão e extensão) e automobilização do membro superior esquerdo. No leito foi posicionado em decúbito lateral direito em padrão antiespástico.</p> <p>29/10 e 5/11- Sem alterações de tônus muscular para além das descritas anteriormente. Cumpriu programa de mobilizações passivas (uma série de 10 repetições). Necessita de ser lembrado a manter a mão esquerda em posicionamento antiespástico e necessita de incentivo para a realização de automobilizações mas executa sem dificuldade.</p>
---	--	--	--

22/09/2023	Equilíbrio Corporal Comprometido	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar equilíbrio corporal estático e dinâmico (sentado e em posição ortostática) através da escala de Berg (Apêndice II); • Estimular equilíbrio corporal através de correção postural; • Executar técnicas de treino de equilíbrio estático e dinâmico (sentado e em posição ortostática); • Ensinar, instruir e treinar exercícios para treino de equilíbrio em segurança; • Incentivar e assistir nos exercícios de treino de equilíbrio estático e dinâmico. 	<p>22/9 – Score 0/56 na escala de Berg. Realizado treino de equilíbrio estático sentado com as mãos apoiadas na cama e os pés apoiados no chão com correção postural e sentado com os braços apoiados nas pernas. Realizada também correção postural quando sentado em cadeira de rodas para promover equilíbrio. Utilizada técnica de facilitação cruzada no leito de forma a promover equilíbrio dinâmico.</p> <p>13/10 – Score 4/56 na escala de Berg. Utente com melhoria do equilíbrio estático sentado. Realizado treino de equilíbrio dinâmico sentado no leito com lateralização do tronco e carga no cotovelo que realizou com ajuda moderada. Realizado também treino com ligeira flexão de tronco, sentado no leito, tocando com a mão direita na mão do estudante de enfermagem de reabilitação. Fez treino de ortostatismo com correção postural e auxílio de segunda pessoa, permaneceu em posição ortostática durante cerca de 2 minutos, mas com alguma dificuldade em estabilizar a articulação do joelho.</p> <p>29/10 - Cumpriu treino de equilíbrio dinâmico na posição de sentado com indução de balanço, movimentos de flexão e lateralização do tronco com ajuda reduzida. Treino de ortostatismo com correção postural e auxílio de segunda pessoa, permaneceu em posição ortostática durante cerca de 2 minutos, conseguiu estabilizar articulação do joelho.</p> <p>5/11 – Score 8/56 na escala de Berg. Cumpriu treino de equilíbrio dinâmico na posição de sentado com movimentos de flexão e lateralização do tronco. Treino de ortostatismo com correção postural e auxílio de segunda pessoa, permaneceu em posição ortostática durante cerca de 3 minutos, conseguiu estabilizar articulação do joelho. Realizou transferência de carga nos membros inferiores e conseguiu deslocar-se em 3 passos da cama para a cadeira de rodas.</p>
------------	-------------------------------------	--	---

<p style="text-align: center;">24/09/2023</p>	<p style="text-align: center;">Transferir-se comprometido em grau elevado</p> <p style="text-align: center;">Potencial para melhorar capacidade para transferir-se</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar funcionalidade da pessoa, através da utilização da Escala de MIF (Apêndice III); • Avaliar conhecimento sobre técnicas de adaptação para transferir-se; • Assistir a pessoa a transferir-se; • Ensinar, instruir e treinar técnica de adaptação para transferir-se da cama para a cadeira (no leito, rodar o tronco para o lado afetado, colocar as pernas fora do leito, apoiando o cotovelo afetado na cama. Elevar o tronco até à posição sentada com os pés apoiados no chão. Coloca-se em posição ortostática com ajuda de outra pessoa, estabiliza articulação do joelho esquerdo e roda no sentido do lado são para se sentar na cadeira de rodas); • Ensinar, instruir e treinar técnica de adaptação para transferir-se da cadeira para a cama; • Incentivar a pessoa a transferir-se. 	<p>24/9 – Score 66/126 na escala MIF. Utente sem conhecimento relativamente a técnicas de adaptação para transferir-se da cama para a cadeira e da cadeira para a cama. Realizou levante para cadeira de rodas com ajuda total à medida que lhe ia sendo explicada técnica. Utente com dificuldade na realização de levante pelo lado afetado, programa-se levante para o lado são na próxima sessão. Levante da cadeira de rodas para o leito pelo lado menos afetado, realizado ensino e treino, utente afirma ter compreendido a técnica.</p> <p>13/10 – Score 75/126 na escala MIF. Utente descreveu técnica de levante do leito, foi realizado levante pelo lado menos afetado de forma a conseguir maior participação do mesmo. Reforçado ensino sobre a colocação da perna plégica em cima da perna sã quando roda as pernas para fora do leito. Na transferência da cadeira para o leito utente revela conhecimento sobre a técnica necessitando de ajuda moderada para a sua realização.</p> <p>29/10 - Treino de transferência do leito para a cadeira de rodas pelo lado são sem intercorrências, utente necessita de ajuda para rodar o corpo no leito e puxar as pernas para fora da cama, mas levanta o tronco com carga no cotovelo com ajuda reduzida. Quando colocado em posição ortostática consegue estabilizar a articulação do joelho e rodar sobre o lado não afetado para se sentar na cadeira de rodas. Transferência de regresso ao leito com ajuda reduzida.</p> <p>5/11 – Score 81/126 na escala MIF. Treino de transferência do leito para a cadeira de rodas pelo lado são sem intercorrências, utente necessita de ajuda para rodar o corpo no leito e puxar as pernas para fora da cama, mas levanta o tronco com carga no cotovelo com ajuda reduzida. Quando colocado em posição ortostática consegue estabilizar a articulação do joelho e rodar sobre o lado não afetado para se sentar na cadeira de rodas. Transferência de regresso ao leito com ajuda reduzida.</p>
---	--	--	--

29/09/202	<p>Autocuidado higiene comprometido em grau elevado</p> <p>Potencial para melhorar capacidade para tomar banho</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar funcionalidade da pessoa, através da utilização da Escala de MIF (Apêndice III); • Avaliar conhecimento sobre técnicas de adaptação para tomar banho; • Ensinar, instruir e treinar técnicas adaptativas para tomar banho; • Incentivar o utente a utilizar medidas adaptativas para tomar banho; • Assistir utente nos cuidados de higiene. 	<p>29/9 – Score 66/126 na escala MIF. Utente demonstra falta de conhecimento sobre estratégias adaptativas para tomar banho requisitando ajuda total para os seus cuidados de higiene. Ensinadas estratégias durante a higiene: colocar produtos de higiene ao seu alcance, colocar gel de banho na esponja com esponja pousada nas pernas, segurar o chuveiro entre os joelhos ou nas pernas com a mão plégica em cima enquanto se ensaboa, colocação de manápula com gel presa na mão plégica e realizar mobilização da mão plégica para lavar braço são). Utente renitente à realização das atividades, foi incentivado a realizá-las.</p> <p>13/10 – Score 75/126 na escala MIF. Realizou os cuidados de higiene no chuveiro com ajuda parcial, necessitou apenas de ajuda para colocar o gel/shampoo na mão e para lavar as costas e membros inferiores. Necessita ainda de ajuda na gestão do chuveiro e na regulação da temperatura da água. Seca a parte superior do corpo com pouca ajuda, necessita de ajuda para secar costas e membros inferiores.</p> <p>18/10 - Realizou os cuidados de higiene no chuveiro com necessidade de ajuda para lavar/secar as costas e os pés. Conseguiu fazer a gestão do chuveiro e da temperatura da água apenas com supervisão.</p> <p>5/11 - Score 81/126 na escala MIF. Realizou os cuidados de higiene no chuveiro com necessidade de ajuda apenas para lavar/secar as costas e os pés.</p>
-----------	--	--	---

<p style="text-align: center;">25/09/2023</p>	<p style="text-align: center;">Autocuidado vestir-se/despir-se comprometido em grau elevado</p> <p style="text-align: center;">Potencial para melhorar capacidade para vestir-se/despir-se</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar funcionalidade do utente, através da utilização da Escala de MIF (Apêndice III); • Avaliar conhecimento sobre técnicas de adaptação para vestir-se/despir-se; • Ensinar, instruir e treinar técnicas adaptativas para vestir-se/despir-se; • Incentivar o utente a utilizar medidas adaptativas para vestir-se/despir-se; • Assistir utente no autocuidado vestir-se/despir-se. 	<p>25/9 – Score 66/126 na escala MIF. Utente demonstra falta de conhecimento sobre estratégias adaptativas para vestir-se/despir-se, requisitando ajuda total para a realização deste autocuidado. Realizado ensino e treino de estratégias adaptativas para vestir e despir a parte superior do corpo: instruído a retirar t-shirt puxando-a pela parte posterior até à cabeça, retirar primeiro o membro não afetado e por fim o membro superior afetado. Instruído a vestir a camisa do pijama: vestir primeiro o membro superior afetado até ao cotovelo, e depois o membro superior não afetado. Utente com dificuldade na realização da técnica necessitando de ajuda máxima. Necessita de ajuda total para despir e vestir parte inferior do corpo.</p> <p>13/10 – Score 75/126 na escala MIF. Mantém-se totalmente dependente a vestir/despir a parte inferior do corpo, já interiorizou alguns procedimentos para vestir/despir a parte superior do corpo, no entanto apresenta dificuldade na realização.</p> <p>29/10 - Mantém dependência elevada, consegue despir e vestir a parte superior do corpo com ajuda moderada, conhece a técnica, mas executa com pouca destreza e concentração, necessita de orientação. Despe a parte inferior do corpo ainda com ajuda elevada, consegue puxar as calças abaixo do joelho sozinho na posição de deitado, despe a meia do pé direito, restante roupa com ajuda elevada.</p> <p>5/11 - Score 81/126 na escala MIF. Mantém dependência elevada a vestir/despir a parte inferior do corpo, mas consegue puxar as calças a partir dos tornozelos na posição sentado. Consegue vestir a parte superior do corpo com ajuda moderada, conhece a técnica, executou com mais destreza e concentração, no entanto necessita de orientação.</p>
---	--	---	---

24/09/2023	<p>Autocuidado sanitário comprometido em grau elevado</p> <p>Potencial para melhorar capacidade para usar o sanitário</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar funcionalidade do utente, através da utilização da Escala de MIF (Apêndice III); • Avaliar conhecimento sobre técnicas de adaptação para utilizar o sanitário; • Ensinar, instruir e treinar técnicas adaptativas para utilizar o sanitário; • Incentivar o utente a utilizar medidas adaptativas para utilizar o sanitário; • Assistir utente a utilizar o sanitário. 	<p>24/9 – Score 66/126 na escala MIF. Utente a urinar para fralda, mas com continência de esfíncteres. Realizado ensino e treino sobre utilização do urinol no leito: levantar a cabeceira da cama para visualizar a técnica, retirar as calças e a fralda e colocar o urinol. Utente urinou para o urinol com ajuda total.</p> <p>13/10 – Score 75/126 na escala MIF. Utente a urinar para o urinol com ajuda moderada. Esquece-se de levantar a cabeceira da cama e tenta realizar técnica sem visualizar, demonstrando dificuldade. Relembrado para a importância de se colocar numa posição que lhe permita realizar a técnica sem dificuldade: elevar cabeceira, colocar o urinol para o lado direito.</p> <p>29/10 - Utilização do urinol de forma independente e sem dificuldade. Utiliza a sanita para a eliminação intestinal necessitando de ajuda moderada para a transferência da cadeira para a sanita, consegue fazer higiene após evacuar.</p> <p>5/11 - Score 81/126 na escala MIF. Utilização do urinol de forma independente e sem dificuldade. Utiliza a sanita para a eliminação intestinal necessitando de ajuda moderada para a transferência da cadeira para a sanita, consegue fazer higiene após evacuar.</p>
22/09/2023	Risco de queda elevado	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o risco de queda através da escala de Morse (Apêndice IV); • Identificar os fatores de risco que levam a ocorrência de quedas; • Otimizar o ambiente físico do utente (caminha e objetos pessoais acessíveis; plano da cama baixo; grades na cama; cama e cadeira de rodas travada); 	<p>22/9 – Utente com score 55 na escala de Morse revelando um elevado risco de queda. Apresenta diversos fatores de risco de queda como alterações do campo visual, da mobilidade e do equilíbrio corporal. Realizado ensino sobre a importância de realizar as atividades com ajuda e supervisão. Otimizado ambiente: cama em plano baixo e com grades levantadas, campinha e objetos pessoais na mesa de cabeceira junto do utente.</p> <p>13/10 – Utente com score 40 na escala de Morse revelando risco de queda moderado. Reforçado ensino sobre a importância de realizar as atividades com ajuda, supervisão e calçado apropriado. Otimizado</p>

		<ul style="list-style-type: none">• Assistir no levante, transferência e cuidados de higiene, garantindo a segurança;• Incentivar o utente a utilizar roupa confortável e calçado fechado e antiderrapante na realização das atividades;• Ensinar e instruir sobre medidas de segurança.	<p>ambiente: cama em plano baixo e com grades levantadas, campainha e objetos pessoais na mesa de cabeceira junto do utente. Precisa de ser lembrado a travar cadeira de rodas.</p> <p>29/10 - Utente com score 40 na escala de Morse revelando risco de queda moderado. Realiza as atividades com ajuda, supervisão e calçado apropriado. Otimizado ambiente: cama em plano baixo e com grades levantadas, campainha e objetos pessoais na mesa de cabeceira junto do utente. Precisa de ser lembrado a travar cadeira de rodas</p> <p>5/11 – Utente com score 15 na escala de Morse revelando baixo risco de queda. Realiza as atividades cumprindo normas de segurança. Otimizado ambiente: cama em plano baixo e com grades levantadas, campainha e objetos pessoais na mesa de cabeceira junto do utente.</p>
--	--	--	--

CONCLUSÃO

O presente estudo de caso descreveu a situação clínica do utente J.R., previamente autónomo e ativo, que ao ter um AVC com sequelas significativas, alterou a sua funcionalidade. Apresenta alterações da força muscular, do equilíbrio e da sensibilidade condicionando as suas atividades de vida diária. Foi integrado em unidade de reabilitação para continuação do processo de reabilitação iniciado no internamento hospitalar.

Durante o período em que decorreu o ensino clínico, foi construído um plano de cuidados individualizado visando a melhoria da capacidade funcional. O utente realizou ao longos dos contatos exercícios de força muscular, mobilidade e de equilíbrio, bem como treino de atividades do autocuidado, revelando franca melhoria na sua capacidade funcional: passou a realizar os seus cuidados de higiene com ajuda reduzida, consegue utilizar o urinol de forma independente, necessita de ajuda moderada a vestir e a despir e transfere-se para cadeira de rodas e para o leito com ajuda reduzida. Para além da melhoria evidente nas atividades do autocuidado, não agravou a espasticidade do membro superior e inferior esquerdo o que considero ser uma mais-valia. Realço também o facto do utente ter participado numa atividade de exercício em grupo (em cadeira de rodas) conseguindo realizar os exercícios propostos apesar das suas limitações, com ajuda da minha enfermeira tutora.

O acompanhamento do utente foi de extrema importância para o meu percurso, já que pude realizar a sua avaliação, formular diagnósticos, implementar intervenções de enfermagem de reabilitação e assistir aos seus efeitos positivos. Foi-me também possível aplicar diversos instrumentos de avaliação o que me permitiu contactar de forma mais profunda com os mesmos, percebendo quais as dificuldades da sua aplicação.

Considero que o objetivo do presente trabalho foi atingido, tendo sido descrita a história clínica e o plano de reabilitação traçado para o utente em estudo.

A realização do trabalho decorreu sem intercorrências e com a participação ativa do utente, que mostrou sempre muita disponibilidade para as minhas questões e sugestões de atividades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo, P., Soares, A., Ribeiro, O., & Martins, M. M. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema nervoso. In O. Ribeiro (Coord.). *Enfermagem de Reabilitação, conceções e práticas* (pp. 164 – 233). Lidel.
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf
- Miller, C. A. (2012). *Nursing for wellness in older adults* (6ªed). Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf
- Ribeiro, O., Faria, A., & Ventura, J. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação, classificações e sistemas de informação. In O. Ribeiro (Coord.). *Enfermagem de Reabilitação, conceções e práticas* (pp. 58 – 66). Lidel.
- Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I. & Vieira, C. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um Envelhecer Resiliente*. Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Assembleia do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>.

APÊNDICES

APÊNDICE I – AVALIAÇÃO COGNITIVA MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MoCA)

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
VERSÃO PORTUGUESA – 7.1 VERSÃO ORIGINAL

Nome: Idade: 54 A
Gênero: (M) Data de Nascimento: 25/5/1969
Escolaridade: 9ª A Data de Avaliação: 24/9/2023

VISUO-ESPACIAL / EXECUTIVA							Pontos
<p>[0]</p>	<p>Copiar o cubo</p> <p>[0]</p>	Desenhar um Relógio (onze e dez) (3 pontos)					[1] [1] [1] Contorno Números Ponteiros <u>4/5</u>
NOMEAÇÃO							
<p>[1]</p>	<p>[1]</p>	<p>[1]</p>			<u>3/3</u>		
MEMÓRIA	Leia a lista de palavras. O sujeito deve repeti-las. Realize dois ensaios. Solicite a evocação da lista 5 minutos mais tarde.	Boca	Linho	Igreja	Cravo	Azul	Sem Pontuação
	1º ensaio	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	2º ensaio	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
ATENÇÃO	Leia a sequência de números. (1 número/segundo)	O sujeito deve repetir a sequência. [1] <u>2 1 8 5 4</u> O sujeito deve repetir a sequência na ordem inversa. [1] <u>7 4 2</u>					<u>2/2</u>
Leia a série de letras (1 letra/segundo). O sujeito deve bater com a mão cada vez que for dita a letra A. Não se atribuem pontos se ≥ 2 erros.		[] <u>F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B</u>					<u>1/1</u>
Subtrair de 7 em 7 começando em 100.		[1] <u>93</u>	[] <u>86</u>	[] <u>79</u>	[] <u>72</u>	[] <u>65</u>	4 ou 5 subtrações correctas: 3 pontos; 2 ou 3 correctas: 2 pontos; 1 correcta: 1 ponto; 0 correctas: 0 pontos <u>1/3</u>
LINGUAGEM	Repetir: Eu só sei que hoje devemos ajudar o João.	O gato esconde-se sempre que os cães entram na sala.					[1] [1] <u>2/2</u>
ABSTRAÇÃO	Semelhança p.ex. entre banana e laranja = fruta	[1] combolo - bicicleta		[0] relógio - régua			<u>1/2</u>
EVOCAÇÃO DIFERIDA	Deve recordar as palavras SEM PISTAS	Boca	Linho	Igreja	Cravo	Azul	Pontuação apenas para evocação SEM PISTAS <u>0/5</u>
	Pista de categoria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Pista de escolha múltipla	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
ORIENTAÇÃO	[1] Dia do mês	[1] Mês	[1] Ano	[1] Dia da semana	[1] Lugar	[1] Localidade	<u>6/6</u>
© Z.Nosreddine MD Examinador: _____						TOTAL <u>21/30</u>	

APÊNDICE II - AVALIAÇÕES DA ESCALA DE BERG

	Descrição	Pontuação		
		22/09	13/10	5/11
1	Da posição de sentado para a posição de pé	0	0	1
2	Ficar em pé sem apoio	0	0	1
3	Sentado sem apoio	0	3	4
4	Da posição de pé para a posição de sentado	0	0	1
5	Transferências	0	1	1
6	Ficar em pé com os olhos fechados	0	0	0
7	Ficar em pé com os pés juntos	0	0	0
8	Inclinar-se para a frente com o braço esticado	0	0	0
9	Apanhar um objeto do chão	0	0	0
10	Virar-se para olhar para trás	0	0	0
11	Dar uma volta de 360 graus	0	0	0
12	Colocar os pés alternadamente num degrau	0	0	0
13	Ficar em pé com um pé à frente do outro	0	0	0
14	Ficar em pé sobre uma perna	0	0	0
		0	4	8

APÊNDICE III – AVALIAÇÕES DA ESCALA MIF

NÍVEIS	7 Independência Completa (Em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada (ajuda técnica)	Sem ajuda		
	Dependência Modificada 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo \geq 75%) 3 Ajuda moderada (indivíduo \geq 50%) Dependência Completa 2 Ajuda máxima (indivíduo \geq 25%) 1 Ajuda Total (indivíduo \geq 0%)	Ajuda		
Auto-Cuidados		24/09	13/10	05/11
A. Alimentação		3	4	4
B. Higiene Pessoal		2	3	4
C. Banho (Lavar Corpo)		2	3	4
D. Vestir metade superior		1	2	3
E. Vestir metade inferior		1	2	2
F. Utilização da sanita		1	2	3
Controle de Esfincteres				
G. Bexiga		7	7	7
H. Intestino		7	7	7
Mobilidade (Transferências)				
I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas		2	3	4
J. Sanita		2	3	3
K. Banheira, Duche		2	3	3
Locomoção				
L. Marcha/Cadeira de Rodas		2	2	3
M. Escadas		1	1	1
Comunicação				
N. Compreensão		7	7	7
O. Expressão		7	7	7

Cognição Social			
P. Interação social	7	7	7
Q. Resolução de problemas	6	6	6
R. Memória	6	6	6
	66	75	81

APÊNDICE IV – AVALIAÇÕES DA ESCALA DE MORSE

		Score		
		22/09	13/10	05/11
Antecedentes de Queda (últimos 3 meses)	NÃO	0	0	0
	SIM	25	25	25
Diagnóstico Secundário	NÃO	0	0	0
	SIM	15	15	15
Apoio para deambulação	Nenhum/Apoiado/Acamado	0	0	0
	Canadianas/Bengala/Andarilho	15	15	15
	Apoia-se na mobília	30	30	30
Medicação endovenosa	NÃO	0	0	0
	SIM	20	20	20
Marcha	Normal/Acamado/Cadeira de Rodas	0	0	0
	Desequilíbrio fácil	10	10	10
	Défice na marcha	20	20	20
Estado Mental	Consciente das suas limitações	0	0	0
	Não consciente das suas limitações	15	15	15
		55	40	15

ANEXOS

ANEXO I – ESCALA DE COMA GLASGOW

		Score
Abertura Ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Inadequada	3
	Incompreensível	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece a ordens	6
	Localiza a dor	5
	Retirada à dor	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

ANEXO II – MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF)

NÍVEIS	7 Independência Completa (Em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada (ajuda técnica)	Sem ajuda
	Dependência Modificada 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo \geq 75%) 3 Ajuda moderada (indivíduo \geq 50%) Dependência Completa 2 Ajuda máxima (indivíduo \geq 25%) 1 Ajuda Total (indivíduo \geq 0%)	Ajuda
Auto-Cuidados		
A. Alimentação		
B. Higiene Pessoal		
C. Banho (Lavar Corpo)		
D. Vestir metade superior		
E. Vestir metade inferior		
F. Utilização da sanita		
Controle de Esfínteres		
G. Bexiga		
H. Intestino		
Mobilidade (Transferências)		
I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas		
J. Sanita		
K. Banheira, Duche		
Locomoção		
L. Marcha/Cadeira de Rodas		
M. Escadas		
Comunicação		
N. Compreensão		
O. Expressão		
Cognição Social		
P. Interação social		
Q. Resolução de problemas		
R. Memória		

ANEXO III – ESCALA DE MORSE

		Score
Antecedentes de Queda (últimos 3 meses)	NÃO	0
	SIM	25
Diagnóstico Secundário	NÃO	0
	SIM	15
Apoio para deambulação	Nenhum/Apoiado/Acamado	0
	Canadianas/Bengala/Andarilho	15
	Apoia-se na mobília	30
Medicação endovenosa	NÃO	0
	SIM	20
Marcha	Normal/Acamado/Cadeira de Rodas	0
	Desequilíbrio fácil	10
	Défice na marcha	20
Estado Mental	Consciente das suas limitações	0
	Não consciente das suas limitações	15

0 -24 → Baixo Risco; 25 - 44 → Risco moderado; >45 → Alto Risco de queda

ANEXO IV - ESCALA DE FORÇA MEDICAL RESEARCH COUNCIL (MRC)

Graus de Força Muscular	Descrição
5 - Normal	Mobilidade Completa contra resistência acentuada e contra a ação da gravidade.
4 - Boa	Mobilidade integral contra a ação da gravidade e de certo grau de resistência.
3 - Regular	Movimentos de amplitude normal contra a ação da gravidade.
2 - Fraca	Mobilidade em todos os sentidos normais, com eliminação da gravidade.
1 - Mínima	Sinais de discreta contratilidade, sem movimento da articulação.
0 - Ausente	Não se observam sinais de contração muscular.

ANEXO V – ESCALA DE ASHWORTH MODIFICADA

0	Tónus normal.
1	Hipertonia muito ligeira (mínima resistência no final do movimento).
1+	Hipertonia muito ligeira (mínima resistência durante todo o movimento).
2	Hipertonia ligeira durante a maior parte do movimento.
3	Hipertonia moderada (o movimento passivo é difícil).
4	Hipertonia grave (o movimento passivo é impossível).

ANEXO VI – ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG

	Descrição	Pontuação (0-4)
1	Da posição de sentado para a posição de pé	
2	Ficar em pé sem apoio	
3	Sentado sem apoio	
4	Da posição de pé para a posição de sentado	
5	Transferências	
6	Ficar em pé com os olhos fechados	
7	Ficar em pé com os pés juntos	
8	Inclinar-se para a frente com o braço esticado	
9	Apanhar um objeto do chão	
10	Virar-se para olhar para trás	
11	Dar uma volta de 360 graus	
12	Colocar os pés alternadamente num degrau	
13	Ficar em pé com um pé à frente do outro	
14	Ficar em pé sobre uma perna	

1. DA POSIÇÃO DE SENTADO PARA A POSIÇÃO DE PÉ: Por favor, levante-se. Tente não usar as mãos como suporte

4 - Consegue levantar-se sem usar as mãos e manter-se estável, de forma autónoma

3 - Consegue levantar-se de forma autónoma, recorrendo às mãos

2 - Consegue levantar-se, recorrendo às mãos, após várias tentativas

1 - Precisa de alguma ajuda para se levantar ou manter estável

0- Precisa de ajuda moderada ou de muita ajuda para se levantar

2. FICAR EM PÉ SEM APOIO INSTRUÇÕES: Por favor, fique de pé por dois minutos sem se apoiar.

4 - Consegue manter-se em pé, com segurança, durante 2 minutos

3 - Consegue manter-se em pé durante 2 minutos, com supervisão

2 - Consegue manter-se em pé, sem apoio durante 30 segundos

1 - Necessita de várias tentativas para se manter de pé, sem apoio, durante 30 segundos

0 - Não consegue manter-se em pé durante 30 segundos, sem ajuda

- Se o sujeito conseguir manter-se em pé durante 2 minutos sem apoio, deverá registrar-se a pontuação máxima no item 3. Prosseguir para o item 4.

3. SENTA-SE COM AS COSTAS DESAPOIADAS MAS COM OS PÉS APOIADOS NO CHÃO OU SOBRE UM

BANCO: Por favor, sente-se com os braços cruzados durante 2 minutos.

4 - Mantém-se sentado com segurança e de forma estável durante 2 minutos

3 - Mantém-se sentado durante 2 minutos, com supervisão

2 - Mantém-se sentado durante 30 segundos

1 - Mantém-se sentado durante 10 segundos

0 - Não consegue manter-se sentado, sem apoio, durante 10 segundos

4. DA POSIÇÃO DE PÉ PARA A POSIÇÃO DE SENTADO: Por favor, sente-se.

4 - Senta-se com segurança com o mínimo uso das mãos

3 - Ao sentar-se recorre às mãos

2 - Apoia a parte posterior das pernas na cadeira para controlar a descida

1 - Senta-se, de forma autónoma, mas sem controlar a descida

0 - Necessita de ajuda para se sentar

5. TRANSFERÊNCIAS: Coloque a(s) cadeira(s) de forma a realizar transferências tipo “pivot”. Podem ser utilizadas duas cadeiras (uma com e outra sem braços) ou uma cama e uma cadeira sem braços.

4 - Consegue transferir-se com segurança com o mínimo uso das mãos

- 3 - Consegue transferir-se com segurança, necessitando, de forma clara do apoio das mãos
- 2 - Consegue transferir-se com a ajuda de indicações verbais e/ou supervisão
- 1 - Necessita de ajuda de uma pessoa
- 0 - Necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar de modo a transferir-se com segurança

6. FICAR EM PÉ SEM APOIO E COM OS OLHOS FECHADOS: Por favor, feche os olhos e fique imóvel durante 10 segundos.

- 4 - Consegue manter-se em pé com segurança durante 10 segundos
- 3 - Consegue manter-se em pé durante 10 segundos, com supervisão
- 2 - Consegue manter-se em pé durante 3 segundos
- 1 - Não consegue manter os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé de forma estável
- 0 - Necessita de ajuda para evitar a queda

7. MANTER-SE EM PÉ SEM APOIO E COM OS PÉS JUNTOS: Por favor, mantenha os pés juntos e permaneça em pé sem se apoiar.

- 4 - Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma e manter-se em pé, com segurança, durante 1 minuto
- 3 - Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma e manter-se em pé durante 1 minuto, mas com supervisão
- 2 - Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma, mas não consegue manter a posição durante 30 segundos
- 1 - Necessita de ajuda para chegar à posição, mas consegue manter-se em pé, com os pés juntos, durante 15 segundos
- 0 - Necessita de ajuda para chegar à posição mas não consegue mantê-la durante 15 segundos

8. INCLINAR-SE PARA A FRENTE COM O BRAÇO ESTENDIDO AO MESMO TEMPO QUE SE MANTÉM DE PÉ: Mantenha o braço estendido a 90 graus. Estique os dedos e tente alcançar a maior distância possível. (O examinador coloca uma régua no final dos dedos quando o braço está a 90 graus. Os dedos não devem tocar a régua enquanto executam a tarefa. A medida registada é a

distância que os dedos conseguem alcançar enquanto o sujeito está na máxima inclinação possível. Se possível, pedir ao sujeito que execute a tarefa com os dois braços para evitar a rotação do tronco).

4 - Consegue inclinar-se mais de 25cm para a frente, de forma confiante (10 polegadas)

3 - Consegue inclinar-se mais de 12 cm para a frente, com segurança (5 polegadas)

2 - Consegue inclinar-se mais de 5cm para a frente, com segurança (2 polegadas)

1 - Inclina-se para a frente mas necessita de supervisão

0 - Perde o equilíbrio durante as tentativas / necessita de apoio externo

9. APANHAR UM OBJECTO DO CHÃO A PARTIR DA POSIÇÃO DE PÉ: Apanhe o sapato/chinelo localizado à frente dos seus pés.

4 - Consegue apanhar o chinelo, facilmente e com segurança

3 - Consegue apanhar o chinelo mas necessita de supervisão

2 - Não consegue apanhar o chinelo, mas chega a uma distância de 2-5cm (1-2 polegadas) do chinelo e mantém o equilíbrio de forma autónoma

1 - Não consegue apanhar o chinelo e necessita supervisão enquanto tenta

0 - Não consegue tentar / necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda

10. VIRAR-SE PARA OLHAR SOBRE OS OMBROS DIREITO E ESQUERDO ENQUANTO ESTÁ DE PÉ:
Vire-se e olhe para trás sobre o ombro esquerdo. Repetir para o lado direito. O examinador pode pegar num objeto para o paciente olhar e colocá-lo atrás do sujeito para encorajá-lo a realizar a rotação.

4 - Olha para trás para ambos os lados e transfere bem o peso

3 - Olha para trás por apenas um dos lados, revela menos capacidade de transferir o peso

2 - Apenas vira para um dos lados, mas mantém o equilíbrio

1 - Necessita de supervisão ao virar

0 - Necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda

11. DAR UMA VOLTA DE 360 GRAUS: Dê uma volta completa sobre si próprio. Pausa. Repetir na direção oposta.

4 - Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos

3 - Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança apenas para um lado em 4 segundos ou menos

2 - Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança mas lentamente

1 - Necessita de supervisão ou de indicações verbais

0 - Necessita de ajuda enquanto dá a volta

12. COLOCAR OS PÉS ALTERNADOS NUM DEGRAU OU BANCO ENQUANTO SE MANTÉM EM PÉ SEM APOIO: Coloque cada pé alternadamente sobre o degrau/banco. Continuar até cada pé ter tocado o degrau/banco quatro vezes.

4 - Consegue ficar em pé de forma autónoma e com segurança e completar 8 passos em 20 segundos

3 - Consegue ficar em pé de forma autónoma e completar 8 degraus em mais de 20 segundos

2 - Consegue completar 4 degraus sem ajuda mas com supervisão

1 - Consegue completar mais de 2 degraus, mas necessita de alguma ajuda

0 - Necessita de ajuda para evitar a queda / não consegue tentar

13. FICAR EM PÉ SEM APOIO COM UM PÉ À FRENTE DO OUTRO: (DEMOSTRAR PARA O SUJEITO)
Coloque um pé exatamente em frente do outro. Se sentir que não consegue colocar o pé exatamente à frente, tente dar um passo suficientemente largo para que o calcanhar do seu pé esteja à frente dos dedos do seu outro pé. (Para obter 3 pontos, o comprimento da passada deverá exceder o comprimento do outro pé e a amplitude da postura do paciente deverá aproximar-se da sua passada normal).

4 - Consegue colocar um pé exatamente à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos

3 - Consegue colocar um pé à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos

2 - Consegue dar um pequeno passo, de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos

1 - Necessita de ajuda para dar um passo, mas consegue manter a posição durante 15 segundos

0 - Perde o equilíbrio enquanto dá o passo ou ao ficar de pé

14.FICAR EM PÉ SOBRE UMA PERNA: Fique em pé sobre uma perna, sem se segurar, pelo maior tempo possível.

4 - Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição durante mais de 10 segundos

3 - Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição entre 5 e 10 segundos

2 - Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição durante 3 segundos ou mais

1 - Tenta levantar a perna sem conseguir manter a posição durante 3 segundos, mas continua a manter-se em pé de forma autónoma

0 - Não consegue tentar ou necessita de ajuda para evitar a queda

APÊNDICE XIII – POSTER INTERVENÇÕES DE PROMOÇÃO DO EXERCÍCIO
FÍSICO NA PESSOA IDOSA: REVISÃO SCOPING

Intervenções de promoção do exercício físico na pessoa idosa: Revisão Scoping

Cibula Sofia Santos^{1,2}, aluna 1^o Mestrado em Enfermagem de Reabilitação;
 João Belo Fernandes³, Docente ESSEM

¹ Hospital Garcia de Orta, STE-2; ² Egas Moniz Center for Interdisciplinary Research (CIEM); Egas Moniz School of Health & Sciences, 2829-517 Capem, Amadora, Portugal

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que no ano de 2030, uma em cada seis pessoas no mundo terá 60 ou mais anos. A tendência continuará a aumentar, sendo que a previsão da OMS para 2050, é que a população com idade igual ou superior a 60 anos duplique, com uma estimativa de dois mil milhões de pessoas em todo o mundo⁽¹⁾.

A promoção de um envelhecimento ativo e saudável poderá ser a resposta aos desafios que o envelhecimento da população acarreta, e a qualidade de vida prende-se como essencial para este envelhecimento ativo⁽²⁾.

Um envelhecimento saudável poderá ser alcançado através da prática regular de exercício físico, que tem demonstrado benefícios em diversos níveis (biológicos, funcionais e sociais), melhorando a qualidade de vida da pessoa idosa bem como a sua participação ativa na sociedade⁽³⁾.

OBJETIVO: Identificar na literatura intervenções promotoras do exercício físico na pessoa idosa.



METODOLOGIA

Revisão Scoping - Metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute (JBI)

QUAIS SÃO AS INTERVENÇÕES PROMOTORAS DO EXERCÍCIO FÍSICO NA POPULAÇÃO IDOSA?

Bases de dados: CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive

Crítérios de Inclusão: Artigo com texto completo, disponível online, publicados entre 2013 e 2023 nos idiomas português, inglês e espanhol que respondam à questão de investigação.

Crítérios de Exclusão: Artigos com o foco em efeitos do exercício físico e não em intervenções que promovam a adesão à prática regular de exercício físico.

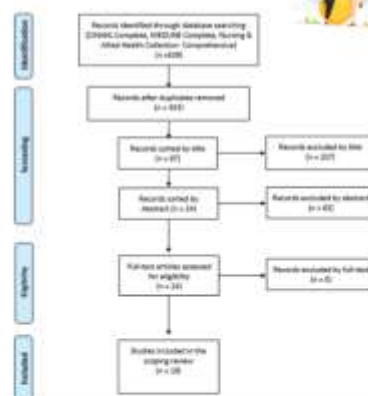


Fig. 1 - Fluxograma PRISMA do processo de seleção de estudos

RESULTADOS

Revisão Scoping constituída por 19 estudos publicados entre 2013 e 2023, maioritariamente por estudos qualitativos descritivos, estudos randomizados controlados e estudos quasi-experimentais, nos quais estão representados diversos países (Brasil, EUA, Inglaterra, Holanda, China, Israel, Irão, Japão, Canadá, Coreia do Sul e Alemanha). Foram identificadas quatro áreas de intervenção na promoção do exercício na população idosa: educação para a saúde; programas de exercício físico; promoção da auto-regulação/capacitação e monitorização e acompanhamento.



CONCLUSÃO

O envelhecimento demográfico é uma realidade para a qual todos devemos estar despiertos e constitui um desafio para Portugal e para o mundo. O desenvolvimento sustentável das sociedades só será alcançado se estas estiverem preparadas para dar resposta às necessidades da população mais velha. Ações que melhorem e incentivem o envelhecimento saudável através do exercício físico são essenciais.

É importante referir que a promoção de exercício nesta população é uma atividade complexa que requer programas de intervenção estruturados com diversos componentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS











APÊNDICE XIV – PRESCRIÇÃO DE EXERCÍCIO COM INFOGRAFIA

Prescrição de Exercício Físico

Utente: -----

Antes de iniciar o seu plano de exercícios tenha em atenção o seguinte:






- Não realize o plano de exercícios em jejum ou durante a digestão.
- Use Roupa confortável e ténis. Não use sapatos abertos ou que escorreguem.
- Faça os exercícios sempre acompanhado!
- **Pare de realizar os exercícios se sentir:** Indisposição, tonturas, alterações da visão, dor no peito ou palpitações, suores e dificuldade em respirar.
- Não precisa de realizar os exercícios do plano todos de uma vez, se estiver cansado vá realizando o plano de exercícios ao longo do dia.
- Utilize a escala de esforço que se apresenta para perceber como se sente durante o exercício, não ultrapasse o número 4 da escala abaixo:

1	Muito fraco/leve	
2	Fraco	
3	Moderado	
4		
5	Forte/Intenso	
6		
7	Muito forte/intenso	
8		
9		
10	Extremamente forte	

O exercício deve ser agradável, se não se sentir confortável... Pare!

Plano de Exercícios:





3 dias por semana (2ª/4ª/6ª):

Aquecimento	Marchar sem sair do sítio (acompanhar a marcha movendo os braços para a frente e para trás de forma alternada)	3 séries de 8 repetições	
	Em pé, apoiado na cadeira, dobre o joelho como na imagem.	2 séries de 8 repetições para cada perna	
Exercícios	Flexões em pé contra a parede	3 séries de 5 repetições	
	Subir e descer o degrau	3 séries de 5 repetições	
	Caminhada sempre acompanhado	10 minutos	
Alongamento/relaxamento	Alongar as várias áreas corporais	5 minutos	Exemplos no final do documento

2 vezes por semana (3ª e 5ª feira):

Aquecimento	Marchar sem sair do sítio (acompanhar a marcha movendo os braços para a frente e para trás de forma alternada)	3 séries de 8 repetições	
	Em pé, apoiado na cadeira, dobre o joelho como na imagem.	2 séries de 8 repetições para cada perna	
Exercícios:	Fletir o cotovelo (com 2 garrafas de água de 0,5l - uma em cada mão)	3 séries de 8 repetições	
	Abrir e fechar os braços (com 2 garrafas de água de 0,5l - uma em cada mão)	3 séries de 5 repetições	
	Agachamento (com apoio de cadeira)	3 séries de 5 repetições	
	Bicos dos pés apoiado em cadeira	3 séries de 8 repetições	
	Percorrer o corredor com um pé à frente do outro com ajuda (pode marcar a linha com um cordel)	2 vezes	
	Caminhada	10 minutos	
Alongamento/relaxamento	Alongar as várias áreas corporais	5 minutos	Exemplos no final do documento

Alongamentos:

Pescoço e Ombros	
Braços	
Tronco	
Pernas	

Para além dos exercícios é importante exercitar também a mente... Leia uma página de um livro diariamente. No final do livro conte a história à sua companheira.

Cláudia Santos, aluna do 1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (EMSHS/ESSEM)

EEER orientadora -----

Professor Doutor Júlio Belo Fernandes (EMSHS/ESSEM)