

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**A pessoa idosa com compromisso no andar: contributo do
Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação -
Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na
área de Enfermagem de Reabilitação**

**The elderly person with walking impairment: contribution of the
Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing - Development of
specialized clinical skills in the area of Rehabilitation Nursing**

Autor

Carina Patrícia Moreira Azevedo

Porto, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

A pessoa idosa com compromisso no andar:
contributo do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação - Desenvolvimento
de competências clínicas especializadas na área
de Enfermagem de Reabilitação

The elderly person with walking impairment:
contribution of the Specialist Nurse in
Rehabilitation Nursing - Development of
specialized clinical skills in the area of
Rehabilitation Nursing

Orientador(es)

Olga Maria Pimenta Lopes Ribeiro
Professor Adjunto, Doutor

Maria Narcisa da Costa Gonçalves
Professor Adjunto, Mestre

Autor

Carina Patrícia Moreira Azevedo

Porto, 2025

FRASE OU PENSAMENTO

"A ciência guia, a empatia liga e a reabilitação transforma"

DEDICATÓRIA

Ao meu pai,

por ser a minha estrela guia, a minha maior proteção e o meu maior exemplo.

A ti, mãe,

por seres a mulher guerreira e forte que és, e o meu maior suporte neste longo caminho.

A vocês, devo-vos tudo.

RESUMO

O presente relatório de estágio foi elaborado no âmbito da unidade curricular “Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II”, integrada no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP).

Neste âmbito, este relatório decorre de um projeto individual, elaborado no módulo I, e resulta de uma análise reflexiva e fundamentada do percurso formativo realizado, ancorado nos contextos de estágio, no desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), bem como na consolidação do conhecimento teórico-prático adquirido ao longo da unidade curricular.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação assume um papel fundamental na promoção da autonomia e funcionalidade da pessoa ao longo das várias fases da vida, intervindo em alterações que comprometam o desempenho funcional e a participação ativa da pessoa na sociedade. A sua prática é orientada para a identificação de necessidades, planeamento e implementação de intervenções terapêuticas personalizadas, com vista à preservação ou recuperação de capacidades, prevenção de complicações e apoio à reintegração no contexto familiar e comunitário. Com formação diferenciada, aplica métodos e técnicas específicas de reabilitação, intervindo em diferentes níveis de cuidados, hospitalar, domiciliário e comunitário, promovendo, desta forma, uma abordagem contínua, centrada na pessoa e sustentada na melhor evidência disponível.

Neste sentido, de forma particular, foi conferido destaque à intervenção do EEER na pessoa idosa com compromisso no andar, atendendo à elevada prevalência de limitações da mobilidade nesta população e ao contexto de envelhecimento demográfico crescente em Portugal. A dificuldade no andar, representa uma das principais queixas reportadas pelas pessoas idosas, sendo fundamental o investimento nesta área.

Assim, neste relatório, numa primeira fase, são caracterizados os contextos clínicos onde decorreram os estágios. Posteriormente, será apresentado um estudo de caso e a conceção de cuidados de enfermagem de reabilitação sustentada na melhor evidência e na ontologia. A terceira parte, visa explanar o desenvolvimento das competências comuns e específicas de enfermagem de reabilitação ao longo do percurso realizado e assente pela reflexão crítica. Por último, será efetuada a síntese final do relatório.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação; Pessoa Idosa; Andar; Reabilitação

ABSTRACT

This internship report was prepared as part of the curricular unit "Professional Nature Internship with Report - Module II", integrated into the study plan of the Master's Degree in Rehabilitation Nursing at the Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP).

In this context, the report stems from an individual project developed in Module I and results from a reflective and reasoned analysis of the training path undertaken. It is anchored in the internship contexts, in the development of the common and specific competencies of the Rehabilitation Nursing Specialist Nurse (EEER), as well as in the consolidation of the theoretical- practical knowledge acquired throughout the curricular unit.

The Rehabilitation Nursing Specialist Nurse plays a key role in promoting the person's autonomy and functionality throughout the different stages of life, intervening in alterations that compromise functional performance and active participation in society. Their practice is directed towards the identification of needs, planning, and implementation of personalized therapeutic interventions, aiming at the preservation or recovery of capabilities, prevention of complications, and support for reintegration into the family and community setting. With advanced training, the specialist applies specific rehabilitation methods and techniques, intervening across different levels of care, hospital, home, and community, thereby promoting a continuous, person-centered approach supported by the best available evidence.

In this sense, particular emphasis was placed on the intervention of the EEER in older adults with impaired gait, given the high prevalence of mobility limitations in this population and the growing demographic aging in Portugal. Difficulty in walking is one of the main complaints reported by older adults, thus making investment in this area essential.

This report is structured as follows: first, the clinical contexts in which the internships took place are described. Then, a case study is presented, along with the design of rehabilitation nursing care based on the best evidence and nursing ontology. The third part aims to explore the development of common and specific rehabilitation nursing competencies throughout the learning process, sustained by critical reflection. Finally, a concluding synthesis of the report is provided.

Keywords: Rehabilitation Nursing; Older Adults; Gait; Rehabilitation

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

1 RM-Uma Repetição Máxima

APER - Associação Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação

ASIA - American Spinal Injury Association

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD - Atividades da Vida Diária

CAT - COPD Assessment Test

CD - Código Deontológico

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE - Enfermeiro Especialista

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EMG - Eletromiografia

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

FADA - Formulário de Avaliação da Dependência no Autocuidado

FOIS - Functional Oral Intake Scale

GUSS - Gugging Swallowing Screen

ICN - International Council of Nurses

IDDSI - International Dysphagia Diet Standardisation Initiative

INE - Instituto Nacional de Estatística

MER - Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

MIE - Membro Inferior Esquerdo

MIF - Medida de Independência Funcional

MID - Membro Inferior Direito

MMSE - Mini Mental State Examination

MRC - Medical Research Council

mMRC -Modified Medical Research Council Scale

MoCA - Montreal Cognitive Assessment

NSCA - National Strength and Conditioning Association

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PE - Processo de Enfermagem

PI - Plano de Intervenção

PTA - Prótese Total da Anca

PTJ - Prótese Total do Joelho

SAP - Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio

SNC - Sistema Nervoso Central

SQRQ - St. George's Respiratory Questionnaire

TENS - Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea

TUG - Timed Up and Go

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UC - Unidade Curricular

UPP - Úlcera Por Pressão

VD - Visita Domiciliária

ÍNDICE

FRASE OU PENSAMENTO.....	3
DEDICATÓRIA.....	5
RESUMO.....	7
ABSTRACT	9
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS	11
ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS	15
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	17
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S).....	21
3. CASO CLÍNICO: MULHER DE 78 ANOS COM SÍNDROME DE DESUSO	25
3.1. Enquadramento teórico.....	25
3.2. Clientes	42
3.3. Medicação	43
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	43
3.4. Domínios	45
3.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	46
3.5. Conceção de Cuidados.....	60
3.6. Especificação das intervenções	110
3.7. Síntese relativa ao caso	124
4. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	129
5. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO.....	143
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	147

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Figura 1: Fases do Ciclo da marcha.	pág.29
Figura 2: Intensidade das contrações dos principais músculos do membro inferior.....	pág.31
Figura 3: Músculos associados às fases do ciclo da marcha.....	pág.33
Figura 4: Figura comparativa dos diferentes dispositivos auxiliares de marcha.....	pág.38
Figura 5: Genograma da família da Sra.EMM.....	pág.40
Figura 6: Ecomapa da família da Sra.EMM.....	pág.40
Figura 7: Casa da Sra.EMM após intervenção do EEER.....	pág.42
Figura 8: Figura ilustrativa da marcha da Sra.EMM.....	pág.125

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

O presente relatório de estágio foi elaborado no âmbito da unidade curricular “Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II”, integrada no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Esta unidade curricular tem como objetivo a realização de um relatório de estágio, numa lógica de articulação com o módulo I, onde tivemos de elaborar um projeto. A unidade curricular concretiza-se em contextos clínicos com idoneidade formativa, de acordo com os princípios técnico científicos definidos pela ESEP e em linha com as orientações que emergem da Ordem dos Enfermeiros.

Este relatório surgiu de uma análise reflexiva de todo o percurso realizado onde são colocadas em evidência a relevância das competências desenvolvidas ao longo da unidade curricular.

No âmbito do plano de estudos do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da ESEP, a unidade curricular “Estágio Natureza Profissional com Relatório - Módulo II” explana, ainda, os seguintes objetivos:

- Expandir e consolidar uma consciência profissional sobre o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação;
- Aprofundar competências de conceção, gestão e supervisão de cuidados, em particular aqueles de especial complexidade, no âmbito da enfermagem de reabilitação;
- Expandir competências de suporte ao exercício profissional de outros enfermeiros, numa lógica de promoção e desenvolvimento de aprendizagens profissionais significativas;
- Situar a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, em particular no contexto da enfermagem de reabilitação, no âmbito do exercício profissional avançado;
- Consolidar a capacidade de suportar e incorporar na prática clínica, em particular no âmbito da enfermagem de reabilitação, a melhor evidência disponível;
- Aprofundar e consolidar competências clínicas diferenciadas e avançadas, face a necessidades (complexas) em cuidados dos clientes, no contexto da enfermagem de reabilitação;

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 (Regulamento 392/2019). Para garantir atingir tal desígnio, a prática dos cuidados de enfermagem de reabilitação deve basear-se nos Padrões de Qualidade dos

Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, cujo enquadramento conceptual, conforme estabelecido pelo Regulamento nº 350/2015, de 22 de junho, publicado no Diário da República, visa promover a melhoria contínua dos cuidados prestados.

Para a orientação da prática de cuidados de Enfermagem de Reabilitação importa destacar a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem e a Teoria das Transições de Afaf Meleis, as quais serão abordadas neste relatório. Estes modelos teóricos, entre outros, são importantes para a otimização da qualidade do exercício profissional.

Conforme foi definido no módulo I, no âmbito do projeto foram definidos três objetivos:

- Desenvolver as competências comuns do Enfermeiro Especialista.
- Desenvolver as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.
- Desenvolver competências especializadas para a tomada de decisão clínica de enfermagem de reabilitação no domínio do andar, na pessoa idosa.

Deste modo, a temática desenvolvida neste relatório centra-se na intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa idosa com compromisso no andar.

A escolha desta problemática prende-se com o envelhecimento gradual que se verifica em Portugal, onde a esperança média de vida é de 81,17 anos (INE, 2024), um valor ligeiramente superior ao da União Europeia.

No entanto, a esperança média de vida saudável aos 65 anos é de apenas sete anos (OPSS, 2022), o que significa que, nos anos subsequentes, existe uma maior probabilidade de necessidade de cuidados de saúde. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015), considera-se idoso o indivíduo com 65 ou mais anos, nos países desenvolvidos, onde se inclui Portugal. Neste contexto, o recenseamento de 2021 confirmou que a principal dificuldade reportada pela população idosa é precisamente o andar (INE, 2022).

Neste sentido, a capacidade para andar é considerada por Sousa et al. (2024), como um importante indicador de saúde. Os mesmos autores, consideram que o envelhecimento está frequentemente associado a uma redução dos níveis de mobilidade. Neste seguimento, Hazzard et al. (2009, cit. por Botelho et al., 2023), referem que a mobilidade também é um bom indicador de saúde nas pessoas idosas, existindo vários motivos da redução da mesma, incluindo alterações no andar e na força muscular. A limitação da mobilidade pode também estar associada à sarcopenia, doença muscular caracterizada pela perda progressiva da massa esquelética.

Desta forma, as intervenções de enfermagem no âmbito da capacitação e do andar devem centrar-se na promoção da mobilidade e na maximização da capacidade funcional dos idosos, tanto em contextos de saúde como de doença (Sousa et al, 2024).

Esta realidade, cada vez mais evidente no nosso país, representa um desafio crescente e de grande relevância para o EEER. Assim, a sua intervenção clínica deve ser orientada para responder de forma eficaz às necessidades desta população.

O presente relatório foi elaborado através da plataforma e4Nursing, aprovada pela Ordem dos Enfermeiros em 2020. Esta plataforma está estruturada com base nas fases do processo de enfermagem, alinhando-se com a Ontologia de Enfermagem. Ao adotar essa abordagem, a e4Nursing orienta a conceção e implementação dos cuidados de enfermagem, enquanto promove o desenvolvimento de competências essenciais para a tomada de decisão clínica. Desta forma, a plataforma contribui para a qualidade e a eficácia dos cuidados prestados, ao facilitar a organização e a fundamentação das intervenções de enfermagem. Tendo em atenção à estrutura da mesma, na primeira parte do relatório são apresentados os locais de estágio, nomeadamente recursos físicos e humanos, o método de organização dos cuidados de enfermagem de reabilitação e os projetos de melhoria contínua da qualidade de cada local de estágio, tendo sido eles, no âmbito hospitalar (cardiorrespiratório, ortopédico, neurológico, pediátrico), em Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e Unidade de Convalescença.

Na segunda parte do relatório, apresenta-se o caso clínico selecionado, o enquadramento teórico, essencialmente, sobre o processo patológico da pessoa em estudo e a sua condição de saúde, seguindo-se a conceção de cuidados sustentada na melhor evidência científica, nos referenciais teóricos da disciplina e na ontologia de enfermagem.

A terceira parte, visa explicar e refletir criticamente sobre o desenvolvimento das competências comuns e específicas da enfermagem de reabilitação, ao longo do percurso realizado.

Esse documento foi regido conforme o guia de orientações para a elaboração do relatório da UC "Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II" e as normas de elaboração de trabalhos da ESEP.

2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)

A Enfermagem de Reabilitação compreende um conjunto de conhecimentos e procedimentos específicos definidos em Decreto-Lei, que constituem as competências dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento 392/2019). A aquisição destas competências vai de encontro aos objetivos do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (MER) da ESEP entre eles: "Demonstrar capacidade para conceber, implementar e avaliar as intervenções especializadas em enfermagem de reabilitação" e "Demonstrar capacidade de translação do conhecimento produzido na investigação, para prática especializada, a fim de garantir segurança e qualidade nos cuidados". Importa salientar que os aspetos indicados só poderão ser alcançados quando utilizada uma prática reflexiva baseada na evidência, prática essa que serviu de base ao percurso realizado ao longo do estágio.

O estágio decorreu em serviços de unidades de saúde do norte do país, no âmbito das componentes cardiorrespiratória (16-09-24 - 01-10-24), músculoesquelética (02-10-24 - 18-10-24), neurológica (21-10-24 - 15-11-24), comunidade (18-11-24 - 11-12-2024), convalescença (12-12-2024 - 19-12-2024) e pediatria (06-01-25 - 10-01-25).

O estágio realizado na componente cardiorrespiratória, decorreu no serviço de cirurgia cardiotorácica, onde estão internadas pessoas com patologia cardíaca e respiratória. Este serviço abrange áreas como cuidados intensivos, cuidados intermédios, bloco operatório e consulta externa. De forma mais pormenorizada, refira-se que a secção de cuidados intensivos é constituída por dez camas, sendo uma delas destinada a transplantes cardíacos. Já na ala de cuidados intermédios, das dez camas que a constituem, uma destina-se ao isolamento. Por fim, o bloco operatório é dividido em três salas totalmente equipadas que se destinam a intervenções cirúrgicas especializadas. Além destas áreas, o serviço conta ainda com a ala de consulta externa. Atualmente, a equipa de enfermagem do serviço de cirurgia cardiotorácica é composta por dois Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, sendo que um realiza o turno da manhã (08h00-14h30) e o outro, o turno da tarde (14h30-21h30). Cada enfermeiro assume a responsabilidade por um grupo específico de doentes, adotando um método de trabalho individual, enquanto os outros doentes são acompanhados pela equipa de fisioterapia. Como recursos materiais, este serviço apresentava espirómetros, bastões e Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS).

O serviço de ortopedia e traumatologia contempla o internamento de pessoas com problemas do foro músculoesquelético. Este serviço encontra-se organizado em duas alas, B e C, sendo que cada uma dispõe de vinte e cinco camas. Existe também uma sala de reabilitação, uma sala de

enfermagem e uma copa. A equipa de enfermagem é constituída, por onze Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, sendo que apenas três possuem a categoria de EEER no hospital. O método de trabalho de cada enfermeiro era o individual, tendo a seu cargo vinte e cinco doentes, tentando responder às suas necessidades de acordo com as prioridades impostas pela sua condição e/ou potencial de reabilitação. Os turnos decorrem das 08h00 às 15h00, sendo que às segundas-feiras e quartas-feiras, os EEER permanecem até às 19h00, para a implementação de um projeto direcionado para doentes que foram submetidos a cirurgias de colocação de Prótese Total da Anca (PTA) ou Prótese Total do Joelho (PTJ) . Adicionalmente, existe um outro projeto focado na referenciação de pessoas com critérios de fragilidade, as quais, após lhes ter sido concedida alta, devem ter acompanhamento hospitalar, de maneira a prevenir eventuais fraturas. Em termos de recursos materiais, o serviço está equipado com dois artromotores, canadianas, andarilhos, um espelho e escadas para treino de marcha, que são utilizados no processo de reabilitação dos doentes.

Já a parte do estágio baseado na componente neurológica decorreu num serviço de neurocirurgia, constituído por vinte e oito camas e destinado a doentes em estado agudo. Assim, o serviço organiza-se em uma enfermaria, com seis camas, destinada à vigilância de doentes considerados mais instáveis. Esta enfermaria está diretamente ligada à sala de trabalho de enfermagem, permitindo um maior controlo e supervisão. O serviço dispõe de quatro EEER, sendo que apenas dois se encontravam a exercer funções, realizando o turno da manhã (08h-15h), de segunda-feira a sexta-feira. Também neste caso, o método de trabalho de cada enfermeiro era o individual, tendo a seu cargo catorze doentes, cujos diagnósticos se reportam a patologias do foro neurológico. Poder-se-á afirmar que este serviço de neurologia está equipado com bastante material de Enfermagem de Reabilitação, de onde podemos destacar o standing-framer, talas de margareth e o cicloergómetro.

Relativamente ao contexto de estágio direcionado à comunidade, este decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), mais concretamente, na Equipa de Cuidados Continuados Integrados. Na ECCI, o horário de trabalho é das 08h-20h, sendo que o turno da manhã corresponde ao horário das 08h-15h e o turno da tarde corresponde ao horário das 13h-20h. A UCC também se encontra aberta aos fins de semana, das 09h-17h, período em que existe um enfermeiro por cada cinco visitas domiciliárias. O piso superior do edifício corresponde à UCC e é constituído por uma copa, uma sala da ECCI, uma sala de saúde escolar, uma sala de saúde materna, uma sala de reuniões, uma sala de coordenação e uma sala de saúde infantil. No piso inferior do edifício, podemos encontrar uma sala partilhada com as restantes unidades, e que se destina às consultas de vigilância de pessoas com patologia respiratória. Neste piso encontra-se, ainda, um stock organizado, onde estão dispostos materiais como pedaleiras, pesos, bastões, canadianas, andarilhos, tripés, jogos de motricidade fina, TENS. Esta unidade presta cuidados domiciliários de enfermagem (de natureza preventiva, curativa, de reabilitação e paliativa), sendo que, de acordo com as necessidades detetadas, o transporte para as visitas

domiciliárias é assegurado pelos EEER. Aqui, trabalham cinco EEER que atuam como gestores de caso de doentes da ECCI (rácio: seis doentes para cada EEER), sendo que o número de doentes nunca ultrapassa os trinta. Os EEER estão envolvidos em mais quatro projetos: prevenção de quedas, consultadoria, vigilância de pessoas com problemas respiratórios e acompanhamento das pessoas daquela área geográfica após Acidente Vascular Cerebral (AVC).

O estágio de Convalescença decorreu numa unidade de medicina que integra na sua equipa dois EEER, responsáveis pelo turno da manhã (08h00-15h00) nos dias úteis. O método de trabalho adotado é o individual, com a distribuição de dezasseis doentes para cada EEER. A unidade dispõe de um total de trinta e duas camas, das quais três são para isolamento, e está organizada em dois pisos de internamento. Esta unidade desenvolve dois projetos principais. O primeiro consiste na implementação de atividades mensais, mais concretamente, na realização de uma atividade lúdica por mês. O segundo projeto foca-se na deglutição comprometida e risco de aspiração, considerando as necessidades especiais das pessoas com esta condição. O serviço é ainda equipado com um ginásio que possui diversos materiais terapêuticos, como espelhos, barras paralelas, pedaleiras, passadeira, tábua de Freeman, tapete sensorial e materiais destinados ao treino de motricidade fina, recursos essenciais para o processo de reabilitação dos doentes.

Por fim, o estágio em pediatria, foi realizado numa unidade de cuidados intensivos num hospital da região norte, onde existe apenas um EEER. Aqui, cada enfermeiro presta os cuidados necessários a uma ou a duas crianças/adolescentes. Os turnos são realizados das 08h00-15h00, exceto às quartas-feiras, em que se prolonga até às 18h00 devido a consultas da equipa multidisciplinar com crianças/adolescentes referenciados no âmbito do projeto de doenças respiratórias. Os doentes, ainda em idade pediátrica, apresentam patologias diferenciadas e de elevado índice de gravidade. Neste serviço, existem materiais diversos, como cough assist, ventiladores, entre outros. O serviço dispõe de oito camas no total. Existe ainda uma copa e quatro quartos que se destinam a isolamento.

3. CASO CLÍNICO: MULHER DE 78 ANOS COM SÍNDROME DE DESUSO

Mulher de 78 anos, referenciada para a ECCI por síndrome de desuso. Como antecedentes apresentava coxartrose e gonartrose à direita bem como síndrome vertiginosa.

3.1. Enquadramento teórico

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015), considera-se idoso o indivíduo com 65 ou mais anos nos países desenvolvidos, que inclui Portugal.

O envelhecimento é, portanto, um processo que acarreta alterações orgânicas, que podem acelerar o declínio da capacidade funcional (Figueiredo et al., 2024), e que resultam da acumulação de mudanças ao longo do tempo, representando um processo multidimensional de mutações físicas, fisiológicas e sociais. O envelhecimento biológico é um processo fisiológico, inevitável, previsível e irreversível, próprio dos seres vivos, em que ocorre diminuição das reservas fisiológicas e uma maior propensão para o desenvolvimento de doenças (Botelho et al., 2023).

Com o envelhecimento, o Sistema Nervoso Central (SNC) sofre uma reorganização substancial que, em última análise, leva a uma redução no “impulso neural” e do desempenho motor. Esta pode ser atribuída, principalmente, à diminuição da velocidade de condução nervosa e do número de unidades motoras funcionais e de neurónios motores (Aagaard et al., 2010 ; Sousa et al., 2024).

Além disso, as unidades motoras envelhecidas são maiores, compostas por um número maior de miofibras (Sousa et al., 2024). Este fenómeno deve-se principalmente ao ciclo desinervação-reinervação colateral de unidades motoras rápidas para lentas, o que conduz à diminuição do número e tamanho das fibras musculares esqueléticas e a alterações estruturais nas células musculares. A desinervação de unidades motoras, experimentada no envelhecimento, é semelhante à que é observada no músculo esquelético cronicamente inativo, sendo potencialmente reversível com o exercício físico (Sousa et al., 2024).

Assim, além das alterações centrais, o envelhecimento acarreta também alterações deletérias substanciais no sistema muscular esquelético. Por exemplo, como consequência de alterações no metabolismo proteico, as pessoas mais velhas apresentam grande atrofia das fibras musculares (Andersen, 2003; Sousa et al., 2024). Tal fenómeno não ocorre por um aumento da

degradação de proteínas durante o envelhecimento, mas sim, por uma diminuição significativa na taxa de síntese proteica, o que resulta num abrandamento da taxa de renovação de proteínas do sistema músculoesquelético.

O fenómeno de deservação de unidades motoras tem, também, consequências, drásticas para o sistema muscular e para o seu desempenho, pois é uma das principais causas para a redução do tamanho das miofibras funcionais. Estas alterações, induzidas pelo envelhecimento, sucedem uma redução crítica da massa muscular, classicamente conhecida como sarcopenia (Goodpaster et al., 2001 ; Sousa et al., 2024). Esta perda de massa muscular ocorre a partir dos 30 anos de idade, e acentua-se aos 60 anos (National Strength and Conditioning Association [NSCA], 2019). Para além de perda de massa muscular, ocorre a redução da qualidade tecidual no músculo esquelético. Vários autores descrevem que parece haver uma perda preferencial de fibras musculares de contração rápida, causando uma remodelação das unidades motoras por neurónios motores que inervam as fibras de contração lenta, formando-se, desta forma, unidades motoras menos eficientes. Esta remodelação resulta numa menor precisão de controlo dos movimentos e diminuição da velocidade da contração muscular, e consequente perda de equilíbrio e de velocidade de movimento. Portanto, a perda preferencial de fibras musculares rápidas pode prejudicar não só a potência, mas também a força, a velocidade e a capacidade funcional da pessoa idosa (Fleck & Kraemer, 2017 ; Sousa et al., 2024).

De facto, a sarcopenia, está associada a uma série de consequências adversas, incluindo incapacidade física, fraco desempenho motor, depressão, quedas recorrentes, hospitalizações frequentes, declínio funcional e aumento da mortalidade. Consequentemente, os idosos diagnosticados com sarcopenia, tendem a apresentar uma qualidade de vida reduzida, principalmente devido à sua capacidade funcional diminuída (Papadopoulou et al., 2020), ou seja, a capacidade dos idosos realizarem as atividades de vida diária de uma forma autónoma diminui (Costa, 2020; Polesel et al., 2024).

O aumento da longevidade, embora seja desejável, está frequentemente associado ao surgimento de doenças crônicas e incapacitantes, que comprometem a funcionalidade e limitam a mobilidade, como é o caso da síndrome de desuso e o desenvolvimento de osteoartrose (Pechorro, 2019).

A síndrome de desuso é definida como o risco de deterioração dos sistemas corporais devido à inatividade musculoesquelética, seja esta prescrita ou inevitável (Pechorro, 2019). Este quadro é particularmente relevante para a população idosa, na qual o diagnóstico de enfermagem "andar comprometido" é frequente (Vieira & Caldas, 2017). O aumento da expectativa de vida, embora traga benefícios, também resulta em alterações fisiológicas e comorbilidades que prejudicam a mobilidade e a funcionalidade do idoso, muitas vezes tornando-o mais dependente (Pechorro, 2019).

O desuso prolongado de músculos e articulações contribui para uma série de alterações

fisiológicas que perpetuam a imobilidade e favorecem o desenvolvimento de complicações secundárias, como úlceras de pressão e problemas respiratórios (Calzada et al., 2024). A imobilidade prolongada, em particular, está diretamente ligada à atrofia muscular, com ênfase nas fibras musculares tipo I, que são essenciais para as contrações lentas e dominam os músculos posturais (Calzada et al., 2024).

Neste âmbito, os efeitos da imobilidade na pessoa idosa são amplos e multissistêmicos, levando a um declínio funcional progressivo em várias áreas: cognição, músculos, articulações, ossos, pele, assim como nos sistemas cardiovascular e respiratório. Como consequência, verifica-se um aumento da dependência, com impacto negativo direto na qualidade de vida e bem-estar (Figueiredo et al., 2024).

A qualidade de vida diminui sistematicamente com o avanço da idade, dado que ocorrem modificações neuroanatômicas que permitem melhorar ou piorar a mesma (Cochar-Soares et al., 2021), neste sentido, segundo Groessl et al., (2019) os idosos com limitações de mobilidade manifestam uma qualidade de vida mais baixa do que aqueles com menos limitações.

Em relação à osteoartrose, esta é a forma mais comum de artrose nos idosos, caracterizada por dor crónica e perda de mobilidade (GBD 2021 Osteoarthritis Collaborators, 2023), sendo evidenciada pela inflamação e por alterações estruturais da articulação afetada, causando dor, rigidez, e incapacidade funcional, provocando uma mobilidade reduzida (Moellenbeck, 2020).

Neste sentido, foi destacada pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020) a necessidade de uma abordagem integrada às doenças osteoarticulares no contexto da Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030), devido ao seu impacto significativo na capacidade funcional e na qualidade de vida da pessoa idosa (Abramoff & Caldera, 2020).

Desta forma, a coxartrose, uma forma de artrose que afeta a articulação da anca, está associada a limitações na estabilidade postural, decorrentes da instabilidade articular, dor crónica, fraqueza muscular e adaptações compensatórias do padrão de marcha (Souza et al., 2023). Estas alterações biomecânicas contribuem para uma redução da mobilidade funcional, com repercussões significativas na capacidade para andar, subir escadas e realizar atividades de vida diária que exigem estabilidade e mobilidade articular (Do & Yim, 2020).

Além disso, essas alterações contribuem para um aumento do risco de queda (Palma, 2021), bem como para a deterioração da marcha e eficácia da biomecânica do quadril, principalmente devido à dor, rigidez articular e perda de força muscular (Souza et al., 2023).

Por sua vez, a gonartrose, outro tipo de artrose, é uma doença articular degenerativa crónica que afeta de forma significativa a funcionalidade da pessoa idosa (Eliopoulos, 2020).

Esta caracteriza-se pela degradação progressiva da cartilagem articular, formação de osteófitos, esclerose do osso subcondral e, em fases mais avançadas, por desalinhamento da articulação. É

considerada uma das causas mais prevalentes de dor e limitação funcional em pessoas com mais de 60 anos, afetando a marcha, o equilíbrio e a realização de atividades quotidianas (Eliopoulos, 2020).

Manifesta-se maioritariamente pela dor no joelho, rigidez matinal, crepitações articulares, redução da amplitude de movimento e, por vezes, sensação de instabilidade durante a marcha. Em consonância, pessoas com esta patologia tendem a adotar padrões de marcha compensatórios, como o encurtamento do passo, a diminuição da velocidade de marcha e o aumento do tempo de apoio no membro contralateral, com o objetivo de minimizar a dor (Szakács & Silişteanu, 2022). Estas alterações biomecânicas podem contribuir para um aumento do risco de queda, promovendo um ciclo de imobilidade, perda de força muscular e maior dependência funcional.

Neste sentido, a reabilitação surge como um recurso essencial. Em particular, a mobilização precoce tem-se mostrado eficaz na prevenção de défices nas Atividades de Vida Diária (AVD), sendo uma abordagem crucial para melhorar a funcionalidade e a qualidade de vida do idoso (Azevedo et al., 2019).

O andar como domínio sensível aos cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

O andar, definido pelo Conselho Internacional de Enfermagem, como “movimento de corpo de um lado para o outro, movendo as pernas passo a passo capacidade para sustentar o peso do corpo e andar com uma marcha eficaz, com velocidades que vão de lenta a moderada ou rápida; subir ou descer escadas e rampas” (ICN, 2019), está intrinsecamente ligado à marcha, que é uma atividade complexa que requer coordenação e aprendizagem. A marcha envolve a integração de postura, equilíbrio e locomoção, permitindo à pessoa adaptar-se continuamente aos obstáculos do ambiente para manter uma locomoção eficiente. Este processo é caracterizado por um padrão repetitivo, resultante do ajuste dinâmico dos músculos e articulações, o que se traduz no ciclo da marcha (Alcobia et al., 2019).

O ciclo da marcha começa com o contato inicial do calcanhar no solo e termina quando o mesmo calcanhar volta a tocar o chão, dividindo-se em duas fases principais: a fase de apoio e a fase de balanço (Alcobia et al., 2019).

A fase de apoio corresponde a 51-60% do ciclo da marcha e envolve o período em que o pé permanece em contato com o solo. Inicia-se com o toque do calcanhar, passando por momentos chave, como o apoio plantar completo, em que toda a superfície do pé está em contacto com o solo, e o apoio médio, quando o peso do corpo está diretamente sobre o membro inferior. Durante essa fase, o pé atua como uma base de sustentação e, posteriormente, como uma alavanca para impulsionar o corpo para a frente, culminando com o afastamento dos dedos, que

marca o final da fase de apoio (Alcobia et al., 2019). A fase de balanço, que compreende 38-40% do ciclo, inicia-se após o afastamento dos dedos e termina com o próximo contacto do calcanhar no solo. Durante essa fase, o membro inferior é projetado para a frente de forma a preparar o próximo ciclo da marcha, que se subdivide em três subfases: aceleração, onde o membro inicia o movimento para a frente; balanço médio, quando o membro está diretamente sob o corpo; e desaceleração, preparando o pé para o contacto com o solo novamente (Alcobia et al., 2019).

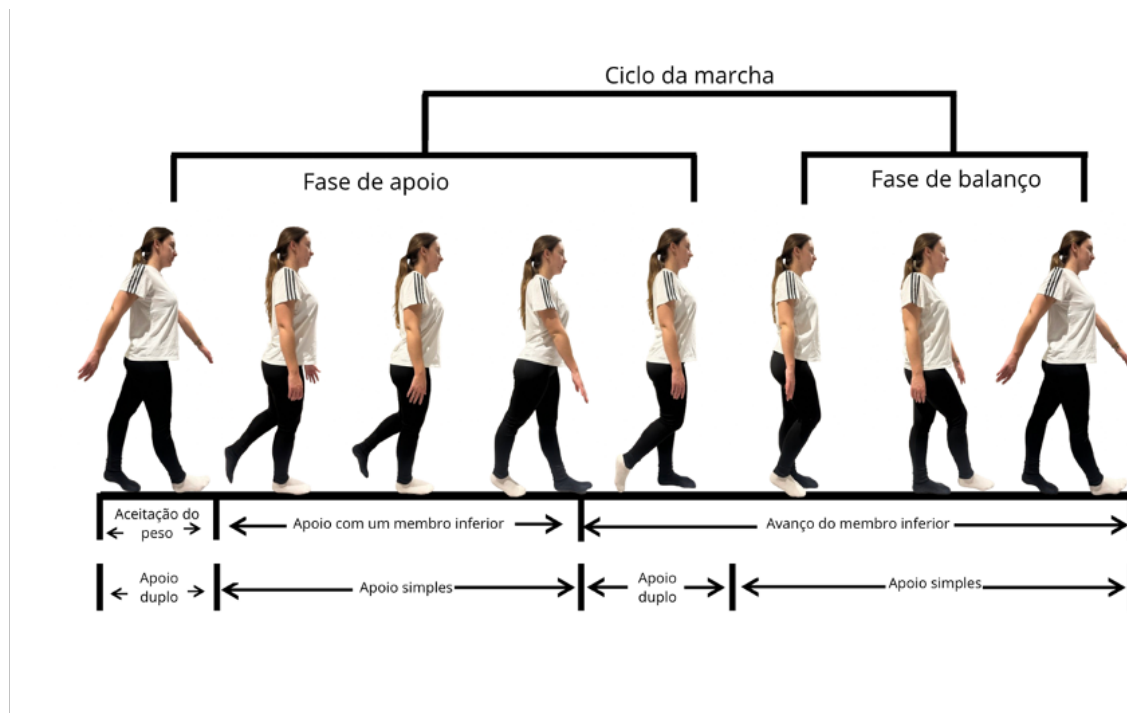


Figura 1: Fases do ciclo da marcha.

Durante o processo do ciclo da marcha, a cabeça e o tronco mantêm-se eretos. No contacto inicial, o membro inferior posiciona-se à frente do corpo, observando-se dorsiflexão do tornozelo, extensão do joelho, flexão do quadril e rotação da pelve para a frente ipsilateral. Na resposta à carga, ocorre flexão do joelho e do quadril. No apoio médio, o pé apoia-se no solo, mantendo-se dorsiflexão e extensão das articulações do joelho e do quadril, a pelve fica em posição neutra e os dois membros superiores permanecem paralelos ao corpo. No apoio terminal, o corpo projeta-se à frente do membro de apoio, ocorre dorsiflexão máxima, extensão do joelho e do quadril e rotação posterior da pelve ipsilateral. Por fim, no pré-balanço, verifica-se dorsiflexão, flexão do joelho, extensão do quadril e inclinação lateral da pelve (Perry, 2005; Pina, 2017).

Compreender o ciclo da marcha é fundamental para avaliar as exigências impostas aos músculos, articulações e tecidos moles dos membros inferiores. Durante a marcha, os músculos contraem-se de três formas distintas: contrações concêntricas, que geram movimento, contrações excêntricas, que desaceleram o movimento, e contrações isométricas, que

proporcionam estabilidade (Muscolino, 2008).

Na fase de apoio inicial e média, os músculos dos membros inferiores contraem-se excentricamente para desacelerar o movimento do corpo. Nesta fase, as articulações do pé devem ser suficientemente flexíveis para se adaptarem a irregularidades do terreno e absorverem o impacto do contacto com o solo. À medida que a marcha avança para as fases média e final da fase de apoio, os músculos contraem-se concentricamente, gerando a força necessária para impulsionar o corpo para frente. Ao mesmo tempo, as articulações do pé tornam-se rígidas para atuar como uma alavanca eficiente, permitindo assim o movimento propulsivo (Muscolino, 2008).

A Eletromiografia (EMG) é uma ferramenta que determina quando um músculo está a contrair durante o ciclo da marcha. Como a contração muscular implica a despolarização da membrana do músculo é gerada eletricidade sempre que um músculo contrai. Através da eletromiografia, são determinados não só os músculos que contraem durante o padrão de movimento, como também quando e quão fortemente cada um deles se contrai, permitindo uma análise detalhada da função muscular em diferentes fases da marcha, contribuindo assim para o estudo biomecânico da locomoção e das adaptações musculares que ocorrem ao longo do ciclo da marcha (Couto et al., 2021).

No seguimento do referido, na figura 2 está apresentada a intensidade das contrações dos principais músculos do membro inferior, relacionados com as fases e apoios de referência do ciclo da marcha.

Tempo e intensidade relativa da electromiografia durante a marcha

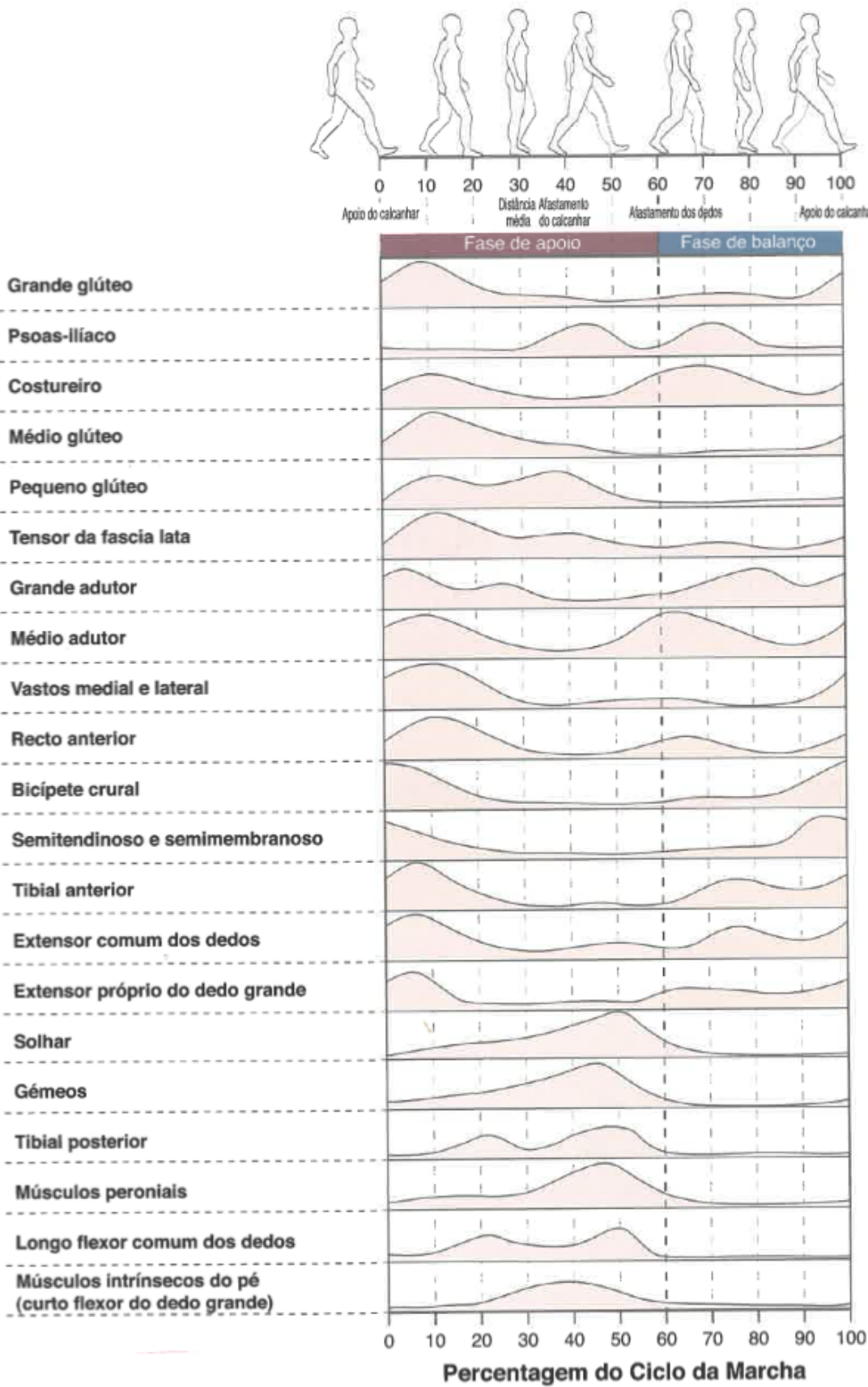


Figura 2- Intensidade das contrações dos principais músculos do membro inferior

Fonte: (Modificado de Neumann DA: Kinesiology of the musculoskeletal system: foundations for physical rehabilitation. St. Louis, 2002, Mosby).

No início da fase de balanço, os extensores da anca (principalmente os isquiotibiais e o grande glúteo) contraem-se de forma excêntrica para desacelerar a flexão da coxa, controlando o movimento pendular do membro. Quando o calcanhar toca o solo na fase de apoio, esses músculos passam a contrair-se isometricamente para estabilizar a pélvis e evitar que o tronco se projete excessivamente para a frente. Os abdutores da anca, como o glúteo médio e pequeno, ativam-se excentricamente durante a fase de apoio inicial para estabilizar a pélvis, evitando a sua queda para o lado oposto do membro de apoio. Na fase final de apoio, esses mesmos músculos atuam concentricamente para auxiliar a elevação da pélvis, preparando-a assim, para a fase de balanço do membro contralateral (Neumann, 2017).

Durante o final da fase de balanço, os extensores do joelho (quadricíptes femorais em concreto, reto femoral, vasto medial, vasto lateral e vasto intermédio), contraem-se concentricamente para estender o joelho, preparando o membro para o toque do calcanhar. Após o contacto inicial, esses músculos contraem-se excentricamente para controlar a flexão do joelho enquanto o peso do corpo é transferido para o membro de apoio. À medida que a fase de apoio progride para o apoio médio, os extensores do joelho voltam a contrair-se concentricamente para ajudar a manter a extensão do joelho e suportar o peso corporal. Os flexores do joelho (isquiotibiais, concretamente, semimembranoso, semitendinoso, bíceps femorais) contraem-se excentricamente logo antes do toque do calcanhar, desacelerando a extensão do joelho, em seguida, estabilizam a articulação na fase inicial de apoio. Durante a fase de balanço, esses músculos contraem-se concentricamente para ocorrer a flexão do joelho, permitindo a elevação do pé e prevenindo o arrasto dos dedos no solo (Neumann, 2017).

Os flexores dorsais do tornozelo (bíceps femorais, o semitendinoso, semimembranoso e os gêmeos) são ativados excentricamente logo após o toque do calcanhar, controlando a flexão plantar e facilitando uma transição suave do calcanhar para a planta do pé. Na fase de balanço, esses músculos contraem-se concentricamente para manter o pé em dorsiflexão, evitando que os dedos toquem o solo. Os flexores plantares (gastrocnémio e sóleo) entram em ação excentricamente durante a fase de apoio, controlando a flexão dorsal do tornozelo enquanto o corpo se move sobre o pé. No final da fase de apoio, esses músculos contraem-se concentricamente para promover a elevação do calcanhar, fornecendo a força de propulsão necessária para o avanço do corpo (Muscolino, 2008).

Os músculos supinadores do pé (tibial posterior, tibial anterior, longo flexor comum dos dedos, longo flexor próprio do dedo grande, músculos intrínsecos do pé), contraem-se excentricamente durante o início da fase de apoio para desacelerar a pronação causada pelo peso do corpo. Na fase de propulsão, estes músculos mudam para uma contração concêntrica para promover a

supinação, criando uma base rígida e estável para a fase de afastamento dos dedos. Ao mesmo tempo, os pronadores do pé (longo e curto peroniais laterais), co-ativam-se concentricamente na fase final de apoio, garantindo maior estabilidade ao pé para impulsionar o corpo (Neumann, 2017).

Este padrão de contrações excêntricas e concêntricas é coordenado e essencial para uma marcha controlada e eficiente, com cada grupo muscular de forma a contribuir para a estabilidade, absorção de impacto e propulsão do corpo em cada fase do ciclo.

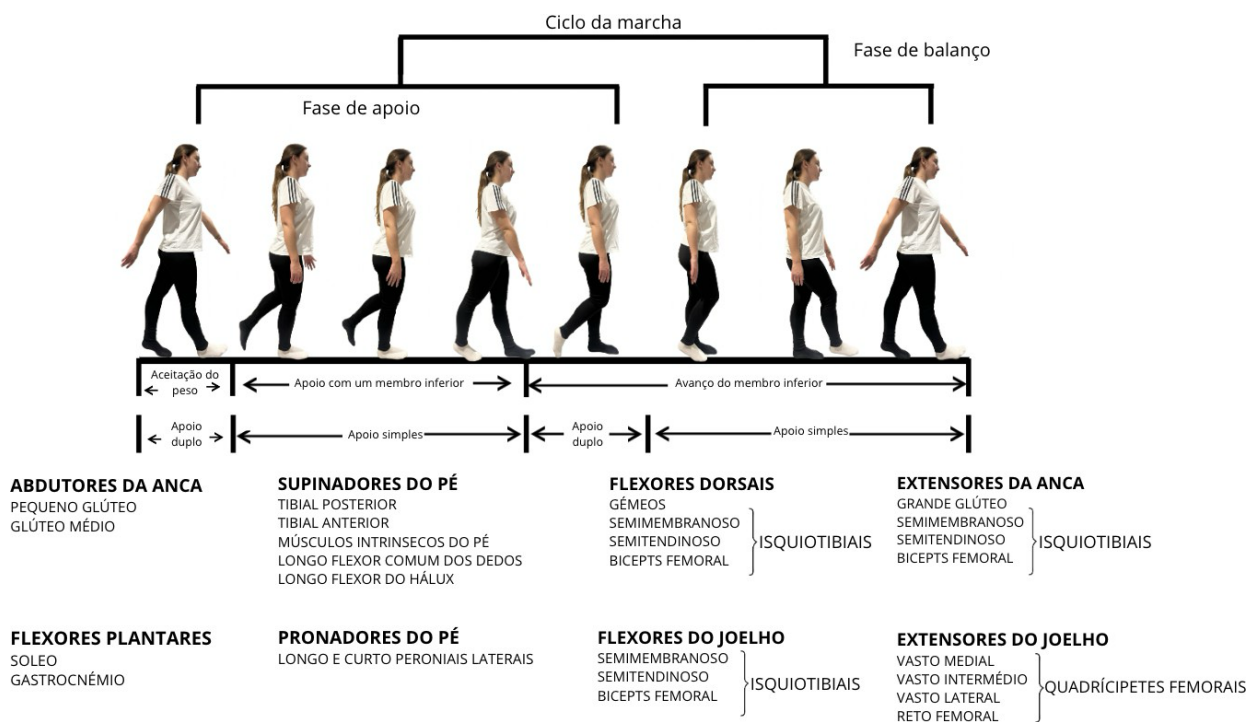


Figura 3: Músculos associados às fases do ciclo da marcha

Apesar de todas as articulações poderem ser afetadas pela imobilidade, a anca, o joelho e o tornozelo são as mais suscetíveis devido aos efeitos da gravidade.

A diminuição da força muscular também pode estar relacionada com a síndrome de desuso, inatividade, atrofia muscular inerente à osteoartrose e à dor, por isso, é fundamental manter e recuperar a mobilidade ativa e o controlo funcional do corpo das pessoas, para prevenir ou diminuir a rigidez articular, através de um programa de exercícios dentro da amplitude permitida e tolerada por cada pessoa (Gil et al., 2020).

Neste contexto, o relatório de Boyer et al. (2023), publicado na revista *Experimental Gerontology*, é de particular relevância para a compreensão das alterações na marcha da pessoa idosa com compromisso no andar. Este artigo, que resulta de um workshop promovido

pelo National Institute on Aging, destaca que o envelhecimento está associado não só à perda de força e massa muscular, mas também a alterações nos padrões biomecânicos da marcha e ao aumento do custo metabólico da deambulação. Uma das alterações descritas é o “deslocamento distal-proximal”, em que os idosos deixam progressivamente de utilizar a musculatura do tornozelo, privilegiando os músculos proximais, como os da anca, para gerar propulsão. Esta adaptação, embora compensatória, é menos eficiente e energeticamente mais dispendiosa. Os autores salientam também a existência de maior coativação muscular, alterações na rigidez tendinosa e redução da função da unidade músculo-tendão, o que compromete ainda mais a eficácia da marcha.

Nesta perspetiva, Zhai et al. (2023), corroboram que a degradação do sistema musculo-articular pode afetar a função muscular e a marcha, na medida em que, com o aumento da idade, o tronco torna-se mais rígido e ocorre diminuição da amplitude de movimento do tórax e da pelve. Para além da idade, o sexo também determina o padrão de marcha, isto é, os homens têm um comprimento do passo maior e as mulheres maior velocidade de marcha (Zhai et al, 2023).

Zhai et al. (2023) compreenderam que ao nível dos membros inferiores ocorre uma diminuição da amplitude do movimento nas articulações do quadril, joelho e tornozelo, levando a uma diminuição da ativação muscular do tornozelo (que pode estar relacionada com a diminuição da força muscular). Além disso, idosos com amplitude de movimento do tornozelo reduzida, apresentam o comprimento do passo mais curto e a velocidade de marcha mais lenta. Por outro lado, a amplitude de movimento das articulações do quadril e joelho aumentam significativamente, à medida que a amplitude de movimento do tronco aumenta. A amplitude de movimento da pelve contribui expressivamente para o comprimento da passada, ao contrário da amplitude de movimento do tórax. Embora os idosos apresentem menor amplitude de movimento pélvico, durante o ciclo da marcha tendem a compensar com aumento da rotação torácica.

As mudanças observadas no padrão de marcha dos idosos, como a redução na velocidade e no comprimento da passada, podem ser estratégias compensatórias para lidar com a diminuição da amplitude articular e evitar quedas. Uma marcha mais lenta e com passadas mais curtas reduz a necessidade de grandes amplitudes de movimento nas articulações do quadril e do tornozelo, bem como o risco de instabilidade. As intervenções direcionadas para melhorar e aumentar a amplitude de movimento e a força muscular nos idosos são cruciais (Zhai et al., 2023).

Foi concluído neste estudo, que os programas de reabilitação e de prevenção, os quais incluem exercícios de alongamento e fortalecimento, especialmente focados no tronco e nos membros inferiores, podem ajudar a mitigar as limitações de movimento, melhorar o padrão de marcha e, consequentemente, aumentar a mobilidade e a qualidade de vida dos idosos.

Contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa

idosas com compromisso no andar

Nas pessoas idosas com alterações da marcha, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, deve avaliar a integridade da fisiologia de cada indivíduo e delinear estratégias compensatórias possíveis. Desta forma, é importante, personalizar a reabilitação, individualizando os processos e adaptar as intervenções às necessidades das pessoas (Oliveira, 2023), como seres portadores de singularidades.

A intervenção precoce do EEER facilita o processo adaptativo integrando os cuidados nas mais variadas fases, desenvolvendo o aumento da força muscular, da amplitude do movimento articular e a capacidade de marcha, fundamentais para a promoção de independência no autocuidado (Vigia et al, 2017; Santos, 2024).

Os exercícios de amplitude de movimento trazem muitos benefícios, inclusive a promoção dos movimentos articulares e da força muscular, estímulo da circulação, manutenção da capacidade funcional e prevenção de contraturas e outras complicações. Ensinar os idosos a fazer exercícios de amplitude de movimento, ou ajudá-los a executá-los, é um componente de extrema importância na enfermagem de reabilitação (Eliopoulos, 2020). Neste sentido, o treino de força muscular consiste na realização de exercícios com o recurso a resistência manual (realizada pelo profissional) ou mecânica (com pessoas e/ou faixas elásticas). Durante o exercício é crucial ter em consideração o alinhamento dos segmentos do corpo, a estabilização das articulações, o número de repetições, o intervalo de repouso e a velocidade do exercício (Kisner e Colby, 2013 ; Santos, 2024).

Deste modo, os exercícios devem iniciar-se de modo passivo e, posteriormente, para exercícios ativos-assistidos, de acordo com o limiar da dor e do grau da amplitude articular. Os primeiros exercícios são inicialmente assistidos pelo EEER e os seguintes auto-assistidos com a mão contralateral. As sessões deverão ser curtas (5 a 10 repetições), todavia devem ser realizadas várias vezes ao dia (2 a 3 vezes) (Lourenço et al., 2021).

A mobilização passiva é fundamental para manter a amplitude articular. Por apresentar diferentes efeitos mecânicos sobre as estruturas osteoarticulares, a mobilização passiva mantém a integridade do tecido ósseo, promove a nutrição da cartilagem, protege as superfícies articulares, facilita a extensibilidade e a contratilidade do músculo e melhora o retorno venoso (Caldeira, 2022).

Quanto às mobilizações ativas, estas são realizadas pela própria pessoa, podendo ser assistidas, livres ou resistidas. Quando são assistidas, a pessoa inicia o movimento, porém necessita de ajuda do enfermeiro para completar o movimento, uma vez que não consegue vencer a gravidade. No que toca às mobilizações ativas livres, estas são efetuadas apenas pela pessoa, uma vez que possui força mantida. As mobilizações ativas resistidas dizem respeito à aplicação de uma resistência adicional ao movimento efetuado pela pessoa, com a finalidade de

fortalecimento muscular (Caldeira, 2022). Estas mobilizações parecem ser também bastante adequadas para combater os défices funcionais impostos pelo envelhecimento, especialmente quando focam na produção rápida de força, pois previne não só a desinervação neuronal, como também aumenta a capacidade de produção de força muscular e o impulso neural, resultando numa maior taxa de produção de força e, consequentemente, maior produção de potência muscular, impulso contrátil e amplitude da atividade eletromiográfica (Suetta et al., 2004; Sousa et al., 2024).

Neste sentido, qualquer perda de independência associada a limitações impostas por problemas músculoesqueléticos causa impacto grave no bem-estar físico, emocional e social dos idosos (Santos, 2024).

O treino da marcha pode incluir exercícios isométricos e terapêuticos de forma a preparar os músculos necessários à marcha (membros superiores, tronco e membros inferiores, os glúteos e os abdominais) (Hoeman et al, 2011 ; Santos, 2024).

Para isso, podem e devem ser utilizados equipamentos adaptativos e dispositivos auxiliares de marcha, como andarilhos, canadianas, tripés, cadeira de rodas, bengalas, com o intuito de atingir uma maior independência (Hoeman et al, 2011; Santos, 2024).

Em consonância, os dispositivos auxiliares de marcha representam um recurso fundamental na promoção da mobilidade, na prevenção de quedas e na manutenção da autonomia funcional da pessoa idosa. A sua utilização deve ser precedida por uma avaliação individualizada e criteriosa, que considere fatores como a força muscular, equilíbrio, coordenação motora, amplitude articular e nível de risco de queda, sendo esta uma competência atribuída ao enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2013; Eliopoulos, 2020).

Segundo Porto et al (2020), a seleção inadequada do dispositivo ou o seu uso incorreto pode comprometer a segurança da marcha e até aumentar o risco de queda.

Entre os principais auxiliares de marcha destacam-se as bengalas, os tripés/quadrípés, as canadianas e os andarilhos, com características e indicações distintas. Desta forma, a bengala é geralmente indicada em situações de défice de equilíbrio ligeiro ou redução da força unilateral. Deve ser utilizada no lado oposto ao membro afetado e avançada em simultâneo com este. A sua altura deve ser ajustada aproximadamente à cabeça do trocânter, com o braço em ligeira flexão (Ordem dos Enfermeiros, 2013; Eliopoulos, 2020). Para pessoas com maior instabilidade, estão indicadas bengalas de base larga, como os tripés ou quadrípés, que aumentam a base de sustentação e promovem maior segurança (Porto et al., 2020).

As canadianas são indicadas nos casos em que há necessidade de descarga parcial ou total de peso num dos membros inferiores, como é o caso dos períodos pós-operatório. Exigem maior força nos membros superiores, pelo que deve ser feita uma avaliação prévia da capacidade

funcional dos braços e ombros. A utilização inadequada pode provocar sobrecarga nos punhos e ombros, pelo que é essencial o treino supervisionado (Ordem dos Enfermeiros, 2013; Porto et al., 2020).

Quanto aos andarilhos, estes apresentam uma maior base de apoio e são particularmente indicados para pessoas com défices de equilíbrio mais acentuados, fraqueza muscular generalizada ou elevado risco de queda. Existem vários tipos: o andarilho simples (sem rodas), que requer força nos membros superiores para ser levantado; o andarilho com rodas frontais, que facilita o deslizamento; e o andarilho com apoio de antebraços, ideal para quem tem défice de preensão ou dor nas mãos (Eliopoulos, 2020; Ordem dos Enfermeiros, 2013). É importante reforçar que o andarilho não deve ser utilizado como apoio para se levantar ou sentar, devendo a pessoa doente usar preferencialmente os braços da cadeira. (Porto et al., 2020). No seguimento do referido, a figura 4 apresenta um quadro comparativo dos dispositivos auxiliares de marcha na pessoa idosa.



Figura 4-Figura comparativa dos diferentes dispositivos auxiliares de marcha

(Fontes: Eliopoulos, 2020; Ordem dos Enfermeiros, 2013; Porto et al., 2020)

A prescrição, o ajuste, o treino e a avaliação contínua destes dispositivos são da responsabilidade do EEER, que atua não só na promoção da marcha segura, mas também na educação para a saúde, na prevenção de complicações e na valorização da autonomia funcional da pessoa idosa (Ordem dos Enfermeiros, 2013 ; Porto et al., 2020; Eliopoulos, 2020).

Dessa forma, os EEER devem procurar todos os meios que auxiliem as pessoas a minimizar as limitações e a fortalecer as suas capacidades, promovendo o maior nível de independência (Manor et al., 2014; Eliopoulos, 2020).

Estes dispositivos de apoio são usados pelos EEER com técnicas específicas de treino da marcha e de reeducação postural e monitorização dos idosos em termos de postura, alinhamento corporal, equilíbrio, habilidade motora, resistência, abrangência do exercício, função sensorial, força muscular e segurança/risco de queda intrínseco (Marques-Vieira & Caldas, 2017; Santos, 2024).

O primeiro princípio associado aos dispositivos de apoio para a mobilidade é a garantia de que devem ser utilizados apenas se necessário. O EEER deve avaliar a necessidade de utilização destes dispositivos.

Para além do treino de marcha, a prestação de cuidados do EEER deve incluir a educação quer dos idosos quer da família/prestador de cuidados e englobar os cuidados a ter com dispositivos/equipamentos; as estratégias de como chegar à posição de pé; cuidados a ter nas escadas e curvas; como regressar à posição de sentado e o que fazer após uma queda, ou seja, como retornar à posição de pé ou sentado (Hoeman et al., 2011; Santos, 2024).

Transição vivenciada pela pessoa

Com o envelhecimento ocorrem modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, resultando numa perda progressiva da capacidade de adaptação da pessoa idosa ao meio ambiente e num aumento da prevalência de processos patológicos. A transição para o envelhecimento é acompanhada por alterações físicas e psicológicas, que resultam não só da passagem de uma vida laboral ativa para a reforma, mas também do processo de adaptação à condição de fragilidade que se acentua com o avançar da idade. Além disso, verifica-se uma deterioração gradual de vários sistemas sensoriais, o que contribui para uma diminuição do controlo postural e da capacidade funcional (Garcia et al., 2021). Os processos de transição saúde/doença exigem particular atenção por parte dos profissionais de saúde, de forma a identificar os fatores pessoais e ambientais que interferem nos domínios físico, psicológico e emocional, tanto da pessoa como da família. Instrumentos como o genograma e o ecomapa podem ser úteis nesta avaliação.

A Sra. EMM foi casada durante 32 anos, tendo ficado viúva em 2014. Tem dois filhos, um filho e

uma filha, bem como um neto e duas netas. A filha assume o papel de familiar cuidadora, sendo empregada numa padaria com uma carga horária de 40 horas semanais. O filho reside com a esposa e as filhas numa localidade afastada, no Norte do país, mantendo com a mãe uma relação mais distante. A família desempenha um papel crucial na promoção da saúde, uma vez que é responsável pelos cuidados aos seus membros e possui potencialidades que podem ser desenvolvidas para melhor atender às suas necessidades (Verde, 2015; Oliveira et al., 2021). No contexto externo, a Sra. EMM mantém uma boa relação com os vizinhos e com a comunidade religiosa. De seguida, é apresentado o genograma (figura 5) e ecomapa (figura 6) da família:

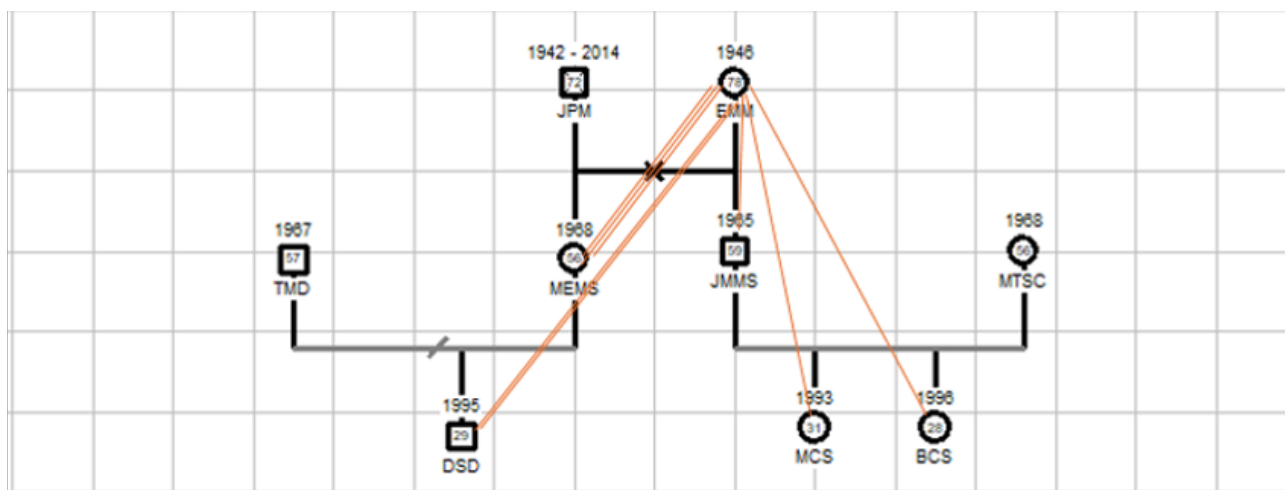


Figura 5: Genograma da família da Sra. EMM

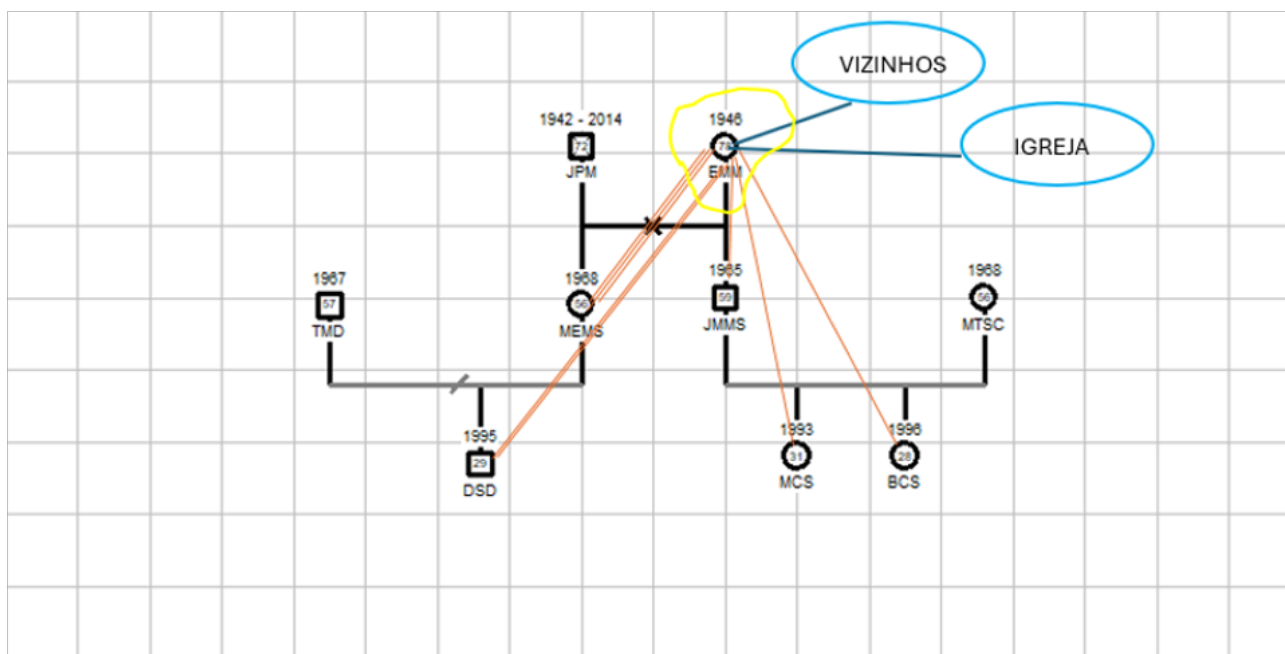


Figura 6: Ecomapa da família da Sra. EMM

No que diz respeito à avaliação dos aspetos instrumentais do desenvolvimento familiar, a familiar cuidadora assume o papel principal, sendo responsável por diversas tarefas essenciais, tais como compras de alimentos e medicação, tratamento das roupas, limpeza da casa e

transporte para consultas e outros destinos. Além disso, presta assistência nos autocuidados, nomeadamente, vestir/despir, tomar banho, uso do sanitário, subir/descer escadas, mobilidade e transferências. O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação tem como uma das suas funções contribuir para a aquisição de conhecimentos e habilidades por parte do cuidador familiar, capacitando-o para a prestação de cuidados. Essa capacitação é alcançada através do ensino e treino de competências básicas, o que contribui, também, para a motivação do cuidador ao enfrentar estes desafios (Pinto et al., 2023). O trabalho de parceria entre o EEER e a familiar cuidadora é essencial no processo de avaliação, dado que esta conhece melhor do que ninguém a pessoa cuidada, permitindo recolher informações valiosas sobre a sua história, preferências, interesses, preocupações e hábitos (Oliveira et al., 2021). Na interação com a familiar cuidadora, o EEER deve basear-se na sua singularidade, reconhecendo a necessidade de estabelecer prioridades que tenham em consideração não só as necessidades da pessoa, mas também as da própria cuidadora (Lemos, 2012; Ribeiro, 2021). Essa abordagem deve sempre privilegiar a maximização da capacidade funcional e do potencial social, psicológico e espiritual da pessoa (Ribeiro, 2021).

A Sra. EMM apresenta um grau de dependência moderada nos autocuidados, de acordo com a escala de Barthel (70/100), evidencia alto risco de queda, segundo a escala de Morse (80) e baixo risco de desenvolver Úlceras Por Pressão (UPP) (17) segundo a escala de Braden. Reside num apartamento alugado, no primeiro andar, sem elevador, sendo necessário subir 20 escadas desde o hall de entrada até ao seu piso. Essas escadas são de alturas e profundidades variáveis e dispõem de uma grade de apoio. O apartamento é de tipologia T1, podendo-se referir que, após a nossa intervenção, ficou ainda mais adaptado às suas necessidades atuais.

A gestão do ambiente físico ao nível da arquitetura domiciliar é um dos aspetos fundamentais para a adaptação a uma condição de saúde caracterizada por défice de funcionalidade (Australian Government, 2013; Ribeiro, 2021). Para que a pessoa possa alcançar o máximo de independência e funcionalidade, é frequentemente necessário recorrer ao uso de estratégias adaptativas (Loureiro, 2010; Ordem dos Enfermeiros, 2015; Bento, 2015; Ribeiro, 2021). De acordo com as suas competências específicas (Ordem dos Enfermeiros, 2019), o EEER deve selecionar e prescrever os produtos de apoio necessários e adequados à realização de treinos específicos de atividades de vida diária, promovendo, assim, a máxima capacidade funcional da pessoa. Essa intervenção inclui o ensino e a supervisão na utilização desses produtos (Ribeiro, 2021).

No caso específico da Sra. EMM, esta dispõe das condições necessárias para adquirir os produtos de apoio recomendados. Caso tal não fosse possível, o EEER deve demonstrar capacidade de improviso e adaptação de produtos de apoio alternativos (Alves, 2012; Ribeiro, 2021). O piso de todo o apartamento é uniforme, sem irregularidades ou desníveis. Foram retirados todos os tapetes, e os corredores são largos e desimpedidos. A cozinha está equipada com móveis à altura da Sra. EMM, e o quarto dispõe de uma cama de casal com altura

adaptada, duas mesinhas de cabeceira, uma cómoda e um guarda-fatos. Na sala de estar encontra-se um sofá com braços, uma poltrona e uma televisão. A casa de banho possui banheira, um lavatório e um bidé. Após intervenção, foram, ainda, instaladas barras de apoio na parede da banheira, uma cadeira de banho giratória, um tapete antiderrapante e barras de proteção na zona da sanita. Em todo o apartamento há uma boa iluminação, complementada com pequenas luzes de presença estrategicamente posicionadas para facilitar a mobilidade durante a noite.

Neste sentido é apresentada a figura 7, que representa a casa da Sra. EMM após intervenção do EEER .

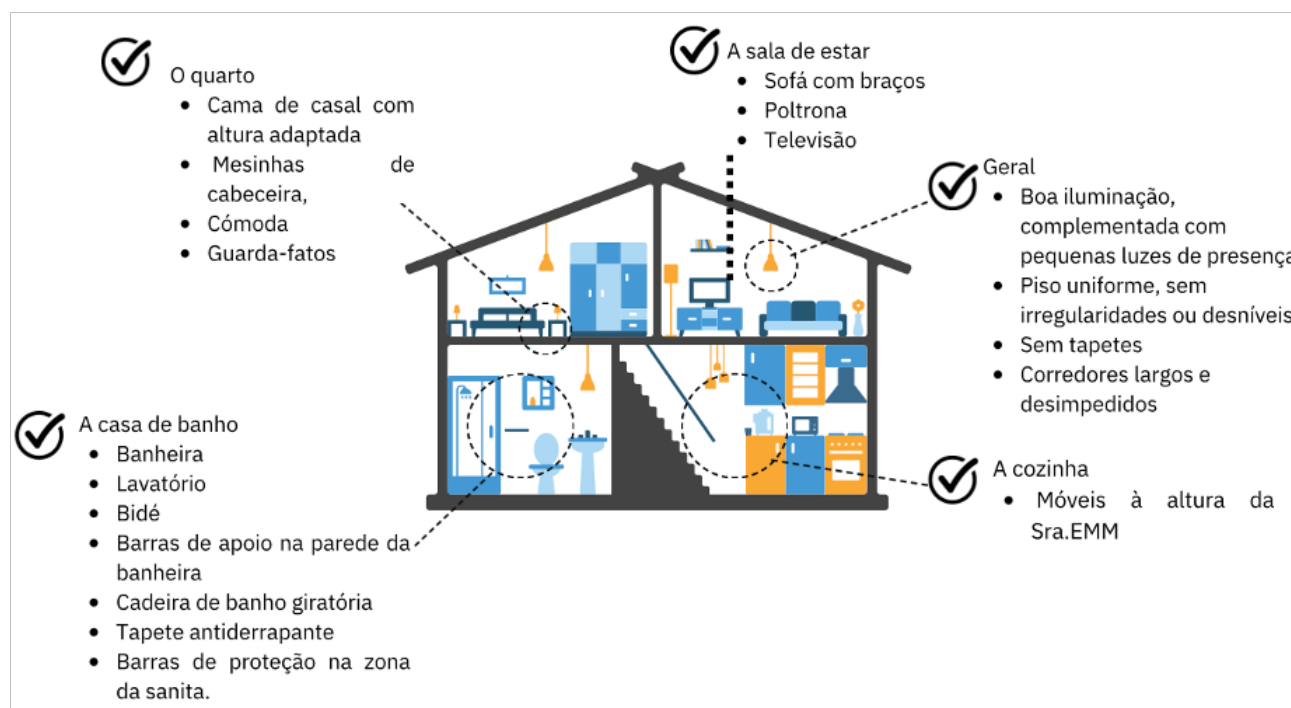


Figura 7- Casa da Sra. EMM após intervenção do EEER.

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 78 anos | Feminino

Cuidador

07-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Parentesco: filha / filho.

07-12-2024 08:00 - Não coabita com a pessoa dependente.

07-12-2024 08:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, mas não o dia todo.

07-12-2024 08:00 - Cuidador sem dificuldade em reter nova informação.

07-12-2024 08:00 - Cuidador sem dificuldade em recuperar informação.

07-12-2024 08:00 - Capacidade física do cuidador para assistir no andar: suficiente para assegurar na totalidade.

07-12-2024 08:00 - Capacidade física do cuidador para assistir no erguer-se

07-12-2024 08:00 - suficiente para assegurar na totalidade.

07-12-2024 08:00 - Capacidade física do cuidador para dar banho

07-12-2024 08:00 - suficiente para assegurar na totalidade.

07-12-2024 08:00 - Capacidade física do cuidador para vestir/despir: suficiente para assegurar na totalidade.

3.3. Medicação

Início

2024-12-07 08:00:00

2024-12-07 08:00:00

2024-12-07 08:00:00

Medicação

condotril 40mg

tapentadol 50 mg

betaserc 24mg

Fim

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Betaserc 24mg - 1cp manhã + 1cp tarde

Considerando que a Sra. EMM foi diagnosticada com síndrome vertiginosa, um quadro clínico caracterizado por episódios de vertigem, sensação ilusória de movimento, desequilíbrio, aos quais se podem associar náuseas e vômitos, é fundamental garantir a adesão e monitorização rigorosa ao regime terapêutico instituído. A otimização do controlo dos sintomas permite reduzir a frequência e a intensidade das tonturas, promovendo maior estabilidade postural e segurança na mobilidade.

Neste contexto, assume particular importância a atuação do EEER dado que a vertigem, no âmbito da síndrome de desuso, pode constituir um fator inibidor da participação ativa nas

atividades de reabilitação, uma vez que compromete a confiança da pessoa na sua mobilidade e aumenta o risco de queda.

Importa, contudo, estar atento a possíveis efeitos adversos da beta-histina, nomeadamente a hipotensão ortostática, que poderá comprometer a segurança durante a realização de exercícios físicos. Assim, a intensidade e a supervisão das atividades devem ser adequadas ao estado clínico da pessoa, garantindo um acompanhamento seguro, eficaz e individualizado.

Tapentadol 50mg - 1 cp manhã

O Tapentadol é um analgésico opioide de ação mista, indicado no controlo da dor moderada a intensa, com especial indicação para a osteoartrose. Esta condição apresentada pela Sra. EMM, revela impacto significativo na articulação da anca e do joelho. Ao comprometer a integridade da cartilagem articular, provoca dor limitante, dificultando a mobilização e comprometendo a funcionalidade.

Este fármaco exerce a sua ação através da estimulação dos recetores opioides no sistema nervoso central, o que induz analgesia. Simultaneamente, atua como inibidor da recaptção da noradrenalina nas vias descendentes moduladoras da dor, de forma a potenciar o alívio sintomático, tanto a nível periférico, como central.

No contexto da coxartrose e da gonartrose, a administração de Tapentadol favorece a realização de exercícios de reabilitação, uma vez que promove maior conforto e funcionalidade. A eficácia analgésica contribui para o aumento da adesão às intervenções terapêuticas, facilita a mobilização ativa das articulações afetadas e potencia os ganhos funcionais ao longo do plano de reabilitação.

Contudo, importa considerar os potenciais efeitos adversos associados ao uso prolongado de opioides, nomeadamente a possibilidade de fraqueza muscular, fadiga e alterações do estado de alerta, os quais podem interferir negativamente no desempenho físico e na motivação da pessoa para participar nas sessões de reabilitação. Assim, a monitorização contínua dos efeitos do fármaco é fundamental, sendo necessário um ajuste individualizado da intensidade e frequência dos exercícios sempre que necessário.

Condotril 40mg - 1 cp/dia

O Condotril é um suplemento nutricional, constituído pela associação de condroitina e glucosamina, compostos endógenos com papel essencial na homeostase da cartilagem articular, sendo frequentemente utilizados como coadjuvantes no tratamento da osteoartrose, patologia diagnosticada na Sra. EMM. A sua utilização visa retardar o processo degenerativo da cartilagem e promover a melhoria da função articular, de forma a contribuir para o alívio da sintomatologia e otimização da mobilidade.

No que diz respeito ao seu mecanismo de ação, a condroitina tem a capacidade de aumentar a

retenção hídrica na cartilagem e, desta maneira, favorecer as propriedades elásticas e lubrificantes do tecido. Por outro lado, a glucosamina estimula a síntese de colagénio e proteoglicanos, fundamentais para a regeneração da matriz cartilágnea. A sinergia entre estas substâncias favorece a preservação estrutural das articulações e pode contribuir para o abrandamento da progressão da osteoartrose.

No âmbito da reabilitação, a preservação da integridade da cartilagem articular proporciona melhores condições para a realização de exercícios terapêuticos, promovendo o fortalecimento muscular, o aumento da amplitude articular e a melhoria do padrão funcional. Neste sentido, o Condotril constitui um adjuvante relevante na abordagem à osteoartrose da anca e do joelho, permitindo à Sra. EMM participar com maior eficácia nos programas de reabilitação, com impacto positivo na sua funcionalidade e qualidade de vida.

3.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
07-12-2024 08:00	Força muscular	
07-12-2024 08:00	Movimento articular	
07-12-2024 08:00	Tónus muscular	
07-12-2024 08:00	Função motora fina	
07-12-2024 08:00	Equilíbrio estático	
07-12-2024 08:00	Equilíbrio dinâmico	
07-12-2024 08:00	Visão	
07-12-2024 08:00	Audição	
07-12-2024 08:00	Comunicação verbal	
07-12-2024 08:00	Sistema respiratório	
07-12-2024 08:00	Sistema cardiovascular	
07-12-2024 08:00	Mastigação	
07-12-2024 08:00	Deglutição	
07-12-2024 08:00	Eliminação intestinal	
07-12-2024 08:00	Eliminação urinária	
07-12-2024 08:00	Pele e mucosas	
07-12-2024 08:00	Autoconceito	
07-12-2024 08:00	Emoção	
07-12-2024 08:00	Memória	
07-12-2024 08:00	Virar-se	
07-12-2024 08:00	Erguer-se	
07-12-2024 08:00	Transferir-se	
07-12-2024 08:00	Sentar-se	
07-12-2024 08:00	Cuidar da higiene pessoal	

Início	Domínios	Fim
07-12-2024 08:00	Vestir-se ou despir-se	
07-12-2024 08:00	Andar	
07-12-2024 08:00	Alimentar-se	
07-12-2024 08:00	Autogestão do regime medicamentoso	
07-12-2024 08:00	Padrão alimentar	
07-12-2024 08:00	Sono	

3.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Força muscular

A força muscular é uma importante função corporal, a qual pode ser definida como a capacidade do músculo esquelético de produzir tensão e torque. Devido ao processo natural do envelhecimento, os idosos apresentam uma diminuição dessa capacidade, principalmente quando este processo de envelhecimento está relacionado a inatividade. Este fenómeno é multifatorial e envolve alterações hormonais, redução da síntese proteica, menor ativação neuromuscular e menor consumo de proteínas de qualidade. A redução da força muscular tem um impacto direto na mobilidade, o que aumenta o risco de queda, fraturas e perda da independência funcional. Além do declínio da força muscular, a funcionalidade também piora, o que tem um influência significativa na realização das atividades do dia a dia como caminhar, subir e descer escadas e levantar de uma cadeira (Junior et al., 2021).

Além da sarcopenia, doenças crónicas como diabetes, osteoporose e insuficiência cardíaca podem acelerar a perda de força muscular. O uso prolongado de medicamentos como corticosteroides, também pode contribuir para a degradação muscular. Além disso, há uma redistribuição das fibras musculares, com uma perda predominante das fibras do tipo II (rápidas), essenciais para movimentos repentinos e equilíbrio. Esta alteração torna os movimentos mais lentos e reduz a capacidade de reação a situações inesperadas, como a necessidade de evitar uma queda. Deste modo, é essencial a interpretação geral do estado da pessoa (Wang et al., 2020).

Identificar precocemente a perda de força muscular é essencial para evitar complicações e estabelecer um plano de reabilitação adequado (Ramsey, et al, 2021).

Posto isto, a necessidade de identificação deste domínio na Sra. EMM também decorre desse processo.

Movimento articular

O movimento articular é fundamental para a independência do idoso. Com o envelhecimento, há um declínio na flexibilidade e mobilidade articular devido à degeneração das cartilagens, à redução da produção de líquido sinovial e calcificação dos ligamentos. Estas mudanças comprometem a amplitude dos movimentos, tornando as atividades quotidianas, como vestir-se ou subir escadas, mais difíceis (Wang et al., 2023).

Existem diversas doenças que conduzem a repercussões neste domínio, como é o caso da osteoartrose, uma condição degenerativa comum em idosos, que pode limitar ainda mais o

movimento articular devido à dor nas articulações. A rigidez matinal e a perda progressiva da mobilidade são queixas frequentes, o que leva a um ciclo vicioso de inatividade e piora da funcionalidade articular (Steingrebe et al., 2024).

A avaliação do movimento articular inclui testes de mobilidade ativa e passiva, escalas de dor e exames clínicos para identificar rigidez ou limitações funcionais. O uso de dispositivos auxiliares, como talas e ortóteses, pode aliviar a sobrecarga nas articulações e proporcionar maior conforto. A adaptação do ambiente doméstico, como a instalação de barras de apoio e cadeiras ergonômicas, também pode facilitar a execução das atividades do dia a dia, promovendo maior independência (Wang et al., 2023).

Na síndrome de desuso, de todos os danos causados pela imobilidade, o sistema locomotor é o mais afetado, conduzindo a uma redução da amplitude de movimento, contraturas musculares, perda de massa muscular e, conseqüentemente, ao prejuízo da força muscular (Aquim et al., 2019). Dado que a Sra. EMM foi diagnosticada com síndrome de desuso e, além disso, com osteoartrose, a identificação deste domínio revela-se de importância fulcral.

Tónus muscular

O tónus muscular refere-se à tensão contínua e involuntária dos músculos que permitem a manutenção da postura e a execução de movimentos coordenados. O envelhecimento pode levar a alterações no tónus, resultando em hipotonia (diminuição da tensão muscular) ou hipertonia (rigidez excessiva), ambas com repercussões na funcionalidade da pessoa idosa (Ganguly et al., 2021).

Por um lado, a hipotonia contribui para a fraqueza muscular e para a dificuldade em manter a estabilidade postural, aumentando o risco de queda. Esse fenómeno pode estar associado à perda neuronal nos circuitos motores, levando a uma menor ativação das unidades motoras. Além disso, condições como desnutrição e sedentarismo exacerbam a redução do tónus muscular, tornando essencial a intervenção precoce. Por outro lado, a hipertonia está mais associada a algumas alterações neurológicas, como é o caso da doença de Parkinson e a acidentes vasculares cerebrais, que podem dificultar os movimentos e comprometer a autonomia (Ganguly et al., 2021).

Aquando da avaliação do tónus muscular, a eletromiografia pode ser utilizada para avaliar a atividade elétrica dos músculos e identificar padrões anormais de contração (Ganguly et al., 2021). O envelhecimento provoca a perda da força e do tónus muscular (Maia et al., 2023). No âmbito da reabilitação, a pessoa idosa, deve ser incentivada a realizar atividades de vida diária, usando padrões de movimento próximos da normalidade o mais precocemente possível, realizados sem esforço associado e, sempre que exequível, com condução do movimento.

As intervenções do EEER visam evitar o aparecimento de padrões anormais de movimento, como no caso do tónus anormal, como acontece na Sra. EMM. Por esse motivo, é fundamental abordar este domínio.

Função motora fina

A motricidade fina corresponde à capacidade da pessoa para manipular pequenos objetos com precisão, o que envolve a destreza manual, a coordenação e a velocidade na execução de tarefas simples e frequentemente repetitivas (Dias, 2024). Esta competência é fundamental

para a autonomia na realização das atividades de vida diária, como alimentar-se, vestir-se, escrever, utilizar um telemóvel ou manipular botões.

Com o avançar da idade, ocorrem alterações fisiológicas progressivas que convergem na senescência e num declínio generalizado das funções cognitivas e biológicas (Turrini et al., 2023; Damoiseaux, 2017). Do ponto de vista neurocientífico, o envelhecimento está frequentemente associado a uma deterioração das capacidades motoras, incluindo o controlo motor fino. Mesmo em idosos saudáveis, verifica-se uma diminuição contínua das funções motoras essenciais ao quotidiano, como a destreza manual e a manipulação de objetos (Turrini et al., 2023).

Este declínio pode ser atribuído a várias alterações no sistema nervoso central tais como o fator idade. Seidler et al. (2010) descrevem modificações nas vias neurais envolvidas no controlo motor, enquanto Damoiseaux (2017) se refere a alterações estruturais e funcionais distribuídas por todo o cérebro. No que diz respeito às redes sensoriomotoras, tem sido identificada atrofia da substância cinzenta nos giros pré-central e pós-central (Turrini et al., 2023). Estas alterações estruturais e funcionais nas áreas sensoriomotoras, encontram-se frequentemente associadas a um pior desempenho motor (Maes et al., 2017).

Neste sentido, os membros superiores desempenham um papel central na funcionalidade da pessoa, uma vez que estão implicados em inúmeras tarefas do dia a dia. A perda de capacidade de realizar ações como escrever, comer, utilizar dispositivos eletrónicos ou manipular pequenos objetos, compromete significativamente a autonomia da pessoa idosa e pode levar à dependência de familiares ou cuidadores (Dias, 2024).

Neste sentido, e tendo em consideração que a Sra. EMM é uma pessoa idosa, torna-se essencial a avaliação do domínio da motricidade fina, com vista à preservação da sua funcionalidade e qualidade de vida.

Equilíbrio

Com o avançar da idade, o organismo humano sofre alterações fisiológicas que contribuem para o declínio de diversas capacidades físicas, entre as quais o equilíbrio. Este declínio está diretamente associado ao envelhecimento do sistema nervoso central, o qual apresenta uma menor capacidade de integrar e processar eficazmente os sinais sensoriais provenientes dos sistemas vestibular, visual e proprioceptivo, fundamentais para a manutenção do equilíbrio corporal (Garcia et al., 2021).

O equilíbrio é um componente essencial ao longo de todo o ciclo de vida, assumindo particular relevância na pessoa idosa, pela sua influência direta na funcionalidade e autonomia. A perda de equilíbrio constitui uma das principais causas da limitação funcional nos idosos, tendo repercussões evidentes na realização das atividades de vida diária e aumentando o risco de quedas, fraturas, hospitalizações e institucionalização (Garcia et al., 2021; Ribeiro, 2021).

Do ponto de vista fisiológico, o equilíbrio pode ser definido como o processo automático e inconsciente através do qual os indivíduos mantêm e ajustam a posição do corpo em relação ao meio, resistindo aos efeitos desestabilizadores da gravidade. Para que este processo ocorra de forma eficaz, é necessária a integração coordenada entre três componentes principais: os sensores periféricos (vestibular, visual e proprioceptivo), os centros de integração no sistema nervoso central e a resposta motora adequada (Ribeiro, 2021).

Classifica-se o equilíbrio em estático e dinâmico. O equilíbrio estático refere-se à capacidade de

manter o centro de gravidade dentro da base de suporte corporal durante a permanência em posição fixa, como estar em pé ou sentado. Por sua vez, o equilíbrio dinâmico diz respeito à manutenção da estabilidade durante o movimento, como por exemplo, durante a marcha, quando o centro de gravidade se desloca para fora da base de suporte. Este último envolve a ativação coordenada dos grupos musculares, com recurso a estímulos internos e externos, de forma a antecipar e reagir eficazmente às perturbações da estabilidade postural (Wu, 2021).

Com o envelhecimento, observa-se uma instabilidade postural mais acentuada, sobretudo nas oscilações ântero-posteriores, o que compromete a execução de tarefas que requerem maior atenção ou rapidez de resposta. Esta instabilidade é frequentemente multicausal. Na maioria dos casos não apresentam uma causa isolada, mas sim um comprometimento global do sistema de equilíbrio, envolvendo a degeneração progressiva dos sistemas vestibular, visual e proprioceptivo, bem como a redução da eficácia dos reflexos posturais (Ruwer et al, 2005; Garcia et al., 2021).

A perda de equilíbrio dinâmico, em particular, está frequentemente associada à diminuição da propriocepção e da sensibilidade cutânea, o que resulta numa redução do controlo postural. Como consequência, a marcha torna-se mais lenta, com menor comprimento da passada e maior dificuldade na mudança de direção, fatores que elevam substancialmente o risco de queda (Chen et al., 2012 ; Garcia et al., 2021).

As perturbações do equilíbrio têm um impacto significativo na qualidade de vida da pessoa idosa. Para além da perda de funcionalidade, podem levar à limitação da mobilidade, ao isolamento social, ao medo de cair e à dependência nas atividades de vida diária, o que se traduzirá em um aumento dos custos de tratamento e reabilitação (Ribeiro, 2021).

Tendo em consideração que a Sra. EMM é uma pessoa idosa e que o equilíbrio influencia diretamente a sua segurança, autonomia e capacidade funcional, a avaliação cuidadosa deste domínio é fundamental para que se possa elaborar um plano de cuidados individualizado, que responda de forma adequada às suas necessidades e promova a sua estabilidade postural, a mobilidade e a qualidade de vida.

Visão

As alterações visuais são uma das consequências mais marcantes do processo de envelhecimento, com impacto direto na funcionalidade, comunicação, autonomia e qualidade de vida da pessoa idosa. A perda progressiva da elasticidade e o enrijecimento das fibras musculares do cristalino, que se inicia geralmente a partir da quarta década de vida, compromete a capacidade de acomodação visual, o que dificulta o foco em objetos próximos. Esta limitação justifica a necessidade, comum entre os idosos, da utilização de lentes corretivas (Eliopoulos, 2020).

Com o avançar da idade, a acuidade visual tende a diminuir, devido a fatores como a redução do tamanho pupilar, a opacificação do cristalino e do humor vítreo e a degeneração das células fotorreceptoras da retina. Estas alterações prejudicam particularmente a visão em ambientes com baixa luminosidade, bem como a adaptação a variações de claridade. O desenvolvimento de cataratas, por sua vez, aumenta a sensibilidade à luz intensa, o que interfere na perceção da profundidade, dificultando a avaliação da altura das superfícies, contribuindo, assim, para o aumento do risco de quedas (Eliopoulos, 2020).

As alterações visuais afetam também a comunicação interpessoal. A dificuldade em interpretar

expressões faciais e gestos compromete a compreensão da linguagem não verbal, enquanto a leitura labial, frequentemente utilizada como estratégia compensatória em idosos com déficit auditivo, pode tornar-se ineficaz. O ler e o escrever com independência também podem ficar comprometido, o que dificulta o acesso à informação e a atividades recreativas, como jogos de cartas ou leitura de jornais, contribuindo assim para o isolamento e para a perda de envolvimento social (Eliopoulos, 2020).

A deficiência visual, especialmente quando prolongada, está associada a dificuldades na realização das atividades instrumentais da vida diária, as quais requerem competências como leitura, destreza manual e orientação espacial (Hochberg et al., 2012; Swenor et al., 2020). Entre estas atividades, destacam-se a gestão de medicação e finanças, preparação de refeições, tarefas domésticas, utilização de telefone e deslocações (Berger & Porell, 2008; Al-Namaeh, 2022). Por outro lado, as atividades básicas da vida diária, como tomar banho, alimentar-se ou vestir-se, tendem a ser menos prejudicadas, uma vez que são rotinas mais automáticas. (Hochberg et al., 2012).

A deficiência visual compromete igualmente a mobilidade, incluindo a marcha e a realização da atividade física, sendo frequentemente associada ao medo da queda (Bayles et al., 2022). A participação em atividades na comunidade, como deslocações a consultas ou idas às compras, também é afetada, particularmente devido à dependência de transporte e às dificuldades de acessibilidade (Al-Namaeh, 2022))

As repercussões da deficiência visual não se restringem ao domínio funcional. Há evidência clara de associação com impactos psicológicos e sociais negativos, como sintomas depressivos, ansiedade, solidão e isolamento social, que são frequentemente observados em idosos com limitação visual (Al-Namaeh, 2022). O compromisso da visão interfere assim na participação ativa da pessoa idosa na vida familiar e comunitária, o que acaba por condicionar a sua autonomia e o seu bem-estar.

Neste contexto, o domínio da visão assume particular importância na avaliação da pessoa idosa, devendo ser cuidadosamente monitorizado e integrado na intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, de forma a promover a funcionalidade, a independência e a qualidade de vida.

Audição

As alterações auditivas são muito comuns na população idosa e podem causar um impacto significativo na comunicação, interação social e qualidade de vida. A presbiacusia, definida como a perda auditiva sensorio-neuronal relacionada com o envelhecimento, traduz-se numa diminuição progressiva da capacidade de perceber sons de alta frequência, como “s”, “sh”, “f”, “ph” e “w”, tornando a fala inaudível ou distorcida (Eliopoulos, 2020). Para além disso, a impactação por cerúmen, condição igualmente frequente nos idosos, pode agravar o déficit auditivo. Muitas vezes, os próprios idosos têm consciência destas limitações, o que os leva a evitar situações de interação social. Em paralelo, outras pessoas podem evitá-los devido à dificuldade de comunicação, acentuando ainda mais o isolamento social. Esta limitação é particularmente evidente em situações como o uso do telefone, comprometendo o contacto com familiares, amigos e até com os serviços de saúde (Eliopoulos, 2020).

O zumbido, muitas vezes descrito como um som persistente no ouvido, constitui uma queixa comum entre os idosos e está frequentemente associado à perda auditiva relacionada com a

idade. Apesar de algumas causas da deficiência auditiva poderem ser corrigidas, em muitos casos o idoso necessita de aprender a adaptar-se a diferentes graus de perda auditiva. Esta condição pode gerar reações emocionais negativas, como frustração, ira, impaciência e desconfiança, especialmente quando o idoso não consegue compreender conversas, levando a mal-entendidos e comportamentos desajustados (Eliopoulos, 2020).

A incapacidade de ouvir adequadamente pode comprometer não só a percepção de mensagens verbais, mas também a segurança pessoal, ao dificultar a identificação de sinais de perigo. Este conjunto de limitações leva muitos idosos a evitar contextos sociais, por receio de constrangimentos ou frustração, acentuando o risco de isolamento social (Genther et al., 2015). Esta situação constitui uma ameaça séria à saúde física, emocional e social do idoso, sendo associada à depressão, demência e aumento da mortalidade.

Neste sentido, o EEER deve avaliar cuidadosamente este domínio, reconhecendo o impacto do prejuízo auditivo na funcionalidade e bem-estar da pessoa idosa, nomeadamente da Sra. EMM.

Comunicação Verbal

Comunicar é uma condição de natureza social, intrínseca à vida humana, que constitui um processo dinâmico, contínuo e complexo, através do qual os indivíduos emitem e recebem mensagens com o intuito de compreender e serem compreendidos (Phaneuf, 2005; Sousa et al., 2024). No contexto social, a comunicação revela-se essencial ao desenvolvimento pessoal, à adaptação ao meio envolvente, à criação de laços interpessoais e à integração em grupos e estruturas sociais (Sequeira, 2016).

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (ICN, 2015), a comunicação é definida como “um tipo de comportamento interativo: dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não-verbais, face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados” (p. 47). Esta pode dividir-se em dois grandes tipos: a comunicação expressiva, relacionada com a capacidade de expressar, interpretar e dirigir mensagens verbais e não verbais, incluindo linguagem falada, escrita, símbolos e sinais, e a comunicação recetiva, que se refere à capacidade de receber, interpretar e compreender essas mesmas mensagens (Sequeira, 2016).

Para que ocorra uma comunicação eficaz, é essencial que a mensagem transmitida pelo emissor seja corretamente recebida e interpretada pelo recetor, permitindo-lhe formular uma resposta coerente e significativa. No processo de envelhecimento, embora a linguagem se mantenha, de forma geral, preservada, pode haver um declínio em determinadas competências específicas, nomeadamente a nomeação por confrontação visual e a fluência verbal categórica, sobretudo a partir dos 70 anos (Sousa et al., 2024).

Em concordância, diversos fatores inerentes ao envelhecimento podem comprometer a eficácia da comunicação. Entre eles destacam-se a deterioração sensorial, como défices auditivos, visuais ou tácteis e o declínio cognitivo, incluindo alterações na memória, na orientação e na capacidade de concentração (Sousa et al., 2024). Estas alterações podem dificultar a interação interpessoal e condicionar negativamente a relação com o outro, podendo conduzir, em casos mais acentuados, ao isolamento social.

Neste sentido, torna-se primordial a avaliação cuidada do domínio da comunicação verbal na pessoa idosa, nomeadamente na Sra. EMM.

Sistema Respiratório

O envelhecimento acarreta alterações fisiológicas significativas ao nível do sistema respiratório, tornando a pessoa idosa mais vulnerável a infeções, disfunção ventilatória e declínio funcional. Estas alterações abrangem tanto as vias aéreas superiores como os pulmões e estruturas torácicas, o que acaba por afetar diretamente a ventilação e as trocas gasosas (Eliopoulos, 2020).

Nas vias aéreas superiores, o envelhecimento do tecido conjuntivo pode conduzir a alterações estruturais, como o desvio do septo nasal, comprometendo assim a passagem do ar. A diminuição das secreções das glândulas submucosas torna o muco mais espesso, acabando por dificultar a sua expulsão e favorecendo a obstrução nasal. Os pêlos nasais tornam-se mais espessos, o que faz com que retenham maior quantidade de partículas inaladas. A traqueia tende a enrijecer devido à calcificação da sua cartilagem, enquanto os reflexos de tosse e vômito tornam-se menos eficazes pela redução das terminações nervosas na laringe, comprometendo mecanismos de defesa importantes (Eliopoulos, 2020).

Ao nível pulmonar, ocorre uma redução do peso dos pulmões, com perda de elasticidade dos tecidos conjuntivos, nomeadamente do colagénio e da elastina, o que compromete a retração elástica pulmonar. Esta diminuição da elasticidade obriga à utilização de músculos acessórios na expiração. Os alvéolos tornam-se menos elásticos, com o desenvolvimento de tecido fibroso e a redução da densidade capilar, o que prejudica as trocas gasosas. Estas alterações estruturais resultam numa diminuição da capacidade vital e num aumento do volume residual, o que reduz a eficácia ventilatória e promove a retenção de secreções. O declínio da força muscular respiratória, especialmente do diafragma e dos músculos intercostais, associado a alterações posturais, como a cifose e o tórax em “barril”, compromete ainda mais a mecânica ventilatória (Eliopoulos, 2020). Ainda neste sentido, fatores extrínsecos ao sistema respiratório, como a desidratação, a polimedicação, a presença de comorbilidades e a inatividade física, agravam este quadro. A secura das mucosas favorece a formação de rolhões mucosos, o que acabar por dificultar a depuração ciliar e aumentar a suscetibilidade a infeções. A diminuição da perceção da dor pode mascarar sintomas respiratórios, atrasando o diagnóstico de complicações como pneumonias ou exacerbações de doenças crónicas (Eliopoulos, 2020).

Entre as principais alterações respiratórias relacionadas com o envelhecimento destacam-se: a retração elástica pulmonar reduzida, o aumento do volume residual, a diminuição da capacidade respiratória máxima, a redução do número e elasticidade dos alvéolos, a calcificação da laringe e da traqueia, a redução da capacidade vital, a diminuição da atividade ciliar, o aumento do diâmetro dos bronquíolos e dos dutos alveolares, a ineficácia da tosse, a rigidez da parede torácica e o aumento do diâmetro ântero-posterior do tórax (Eliopoulos, 2020).

Estas alterações comprometem a capacidade de ventilação eficiente e aumentam a suscetibilidade a doenças pulmonares como Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), pneumonia e insuficiência respiratória (Eliopoulos, 2020). Assim, torna-se essencial que o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação reconheça estas alterações e desenvolva estratégias de intervenção que visem otimizar a função respiratória, reduzir o risco de infeção e promover a qualidade de vida da pessoa idosa.

Sistema Cardiovascular

Com o avançar da idade, o sistema cardiovascular sofre alterações anatómicas e funcionais significativas que comprometem a sua eficiência. A espessura e a rigidez das válvulas cardíacas aumentam devido a fenómenos de esclerose e fibrose, enquanto a aorta tende a dilatar-se e desenvolve-se uma ligeira hipertrofia ventricular, com espessamento da parede do ventrículo esquerdo. Estas mudanças resultam na redução da força contrátil do miocárdio e, consequentemente, numa menor capacidade de resposta do débito cardíaco quando aumentam as exigências fisiológicas. O ciclo cardíaco também se torna mais lento, com prolongamento das fases de enchimento diastólico e de esvaziamento sistólico (Eliopoulos, 2020).

Paralelamente, ocorre uma calcificação vascular e perda de elasticidade dos vasos sanguíneos, afetando negativamente a regulação barorreceptora da pressão arterial. Embora estas alterações sejam, na maioria dos casos, progressivas e silenciosas, tornam-se particularmente evidentes em contextos de stress fisiológico, como infeções ou aumento súbito da atividade física. Clinicamente, podem manifestar-se através de sinais e sintomas como hipotensão, taquicardia, diminuição da qualidade do pulso, claudicação, edema, alterações tróficas cutâneas, úlceras por estase, cianose, oligúria, dispneia, inquietação e défices de memória, entre outros. Estes sinais refletem alterações como a redução da elasticidade vascular, aumento da resistência periférica, diminuição do fluxo coronário e da oxigenação tecidual, bem como uma menor capacidade de resposta aos estímulos adrenérgicos (Eliopoulos, 2020).

O comprometimento simultâneo do sistema cardiovascular e do músculoesquelético, que são dois sistemas fortemente interligados, está na base da diminuição da funcionalidade com o envelhecimento. O aumento do stress oxidativo e do estado inflamatório crónico observado nas pessoas idosas contribui para a perda de massa muscular, diminuição da força, disfunção mitocondrial e resistência anabólica. No plano vascular, destacam-se alterações como o aumento da rigidez arterial e a disfunção endotelial, também fortemente associadas ao stress oxidativo e à inflamação sistémica (El Assar et al., 2022).

Neste contexto, a atividade física regular e o exercício estruturado surgem como intervenções não farmacológicas com impacto favorável na atenuação destas alterações. O exercício físico promove a ativação de vias moleculares anabólicas, melhora a biogénese mitocondrial, aumenta a resposta antioxidante e reduz os marcadores inflamatórios no músculo esquelético e no endotélio vascular. Além disso, melhora a rigidez arterial e a função endotelial, o que potencia a biodisponibilidade de óxido nítrico e, assim, promove um envelhecimento mais saudável e funcional (El Assar et al., 2022).

Contudo, embora os benefícios do exercício na promoção da saúde cardiovascular e na prevenção de doenças relacionadas com o envelhecimento estejam bem documentados, deve-se sempre ter em atenção a questão do volume e da intensidade ideais para as práticas de exercícios. O exercício vigoroso ou de elevada carga pode, em certos contextos, induzir efeitos adversos, como fibrose, miocardite e inflamação crónica, especialmente em idosos (Guertin, 2025). Assim, o papel do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação é fundamental na avaliação e prescrição personalizada do exercício, garantindo segurança, adaptação e maximização dos seus benefícios.

Mastigação e Deglutição

Segundo a CIPE (2019), deglutir é definido como a “passagem dos líquidos e dos alimentos fragmentados, pelo movimento da língua e dos músculos, da boca para o estômago através da

orofaríngea e esófago”.

O processo de condução do alimento da boca ao estômago, resulta da ação sincronizada de vários grupos musculares da cavidade oral, faringe, laringe e esôfago. Depende ainda da integridade do sistema nervoso central e da adequada função fisiológica do tronco cerebral e dos pares cranianos (trigêmeo (V), facial (VII), glossofaríngeo (IX), vago (X), hipoglosso (XII)), uma vez que ocorrem respostas motoras padronizadas e modificáveis de acordo com a características dos estímulos, volume e consistências alimentares. Existe desta forma uma interligação entre os músculos faciais, cranianos, cavidade oral, faringe, laringe e esófago, que transportam o conteúdo alimentar da cavidade oral para o estômago, sem permitir a entrada de substâncias nas vias aéreas (Costa, 2020).

A disfagia em idosos, tem como consequência algumas incapacidades, sendo as mais encontradas as alterações nos aspetos alimentares, com mudanças ou adaptações das consistências alimentares e, consequentemente, surgimento dos transtornos de deglutição.

Os distúrbios da deglutição são ocorrências comuns, com alta incidência e complicações, desencadeando o aumento da mortalidade, devido aos riscos pulmonares por aspiração, desidratação, desnutrição e períodos de internamento hospitalar prolongado. A disfagia, aparece como uma incapacidade que contribui para a perda da funcionalidade e independência, bem como, dos hábitos funcionais (Chaves et al., 2021).

Dado o impacto significativo desta condição, torna-se essencial selecionar este domínio e primordial recolher informações detalhadas sobre a situação da pessoa doente nesta área específica e, assim, desenvolver um plano de cuidados que responda adequadamente às suas necessidades.

Eliminação Urinária

O processo de envelhecimento está associado a alterações anatómicas e fisiológicas no trato urinário que interferem significativamente no padrão de eliminação urinária. Entre as alterações mais comuns destaca-se a diminuição da capacidade funcional da bexiga, provocado pelo espessamento da parede vesical e da hipertrofia do músculo detrusor, o que acaba por comprometer a distensibilidade e a capacidade de armazenamento. Paralelamente, na população idosa, pode observar-se um aumento do volume de urina residual e uma maior frequência de contrações involuntárias da bexiga, que contribuem para sintomas como a urgência miccional e a nictúria (Eliopoulos, 2020).

Além disso, com o envelhecimento, ocorre uma diminuição da função de filtração glomerular e da capacidade tubular dos rins, o que pode comprometer a eliminação eficiente de resíduos metabólicos e de fármacos, aumentando o risco de toxicidade medicamentosa, frequentemente manifestada por sintomas como confusão, sonolência ou letargia. O controlo neurológico da micção também se torna menos eficaz, o que contribui para a retenção urinária especialmente nas mulheres (Eliopoulos, 2020).

Estas alterações afetam não apenas o conforto e a qualidade de vida da pessoa idosa, mas também a sua autonomia funcional, estando associadas a um risco aumentado de infeções do trato urinário, lesões cutâneas e isolamento social. Neste sentido, a identificação do domínio da eliminação urinária por parte do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, torna-se essencial no caso da Sra. EMM.

Eliminação Intestinal

O envelhecimento influencia de forma significativa a fisiologia gastrointestinal, está associado a modificações na microbiota do intestino delgado e a alterações funcionais que contribuem para distúrbios como a obstipação. Leite et al. (2021) demonstraram que o processo de envelhecimento está relacionado com uma redução da diversidade microbiana no intestino delgado, bem como com um aumento da presença de bactérias coliformes como *Escherichia* e *Klebsiella*. Estas alterações não estão apenas associadas à idade cronológica, mas também ao número de comorbilidades e à utilização de múltiplos fármacos, o que sugere que o microbioma pode constituir um marcador sensível do envelhecimento biológico e da saúde intestinal.

Por sua vez, Carneiro et al. (2018), num estudo com idosos da comunidade, identificaram uma prevalência de obstipação de 23,3%, associada de forma significativa a fatores como o sexo feminino, o uso de medicamentos, o sedentarismo, os défices cognitivos e a perceção negativa do estado de saúde. A maior incidência de obstipação entre mulheres pode estar relacionada com alterações funcionais do pavimento pélvico, que afetam o mecanismo da defecação (Klaus et al., 2015).

Adicionalmente, a consistência das fezes influencia diretamente a função defecatória, fezes mais duras requerem maior esforço e tempo para serem evacuadas, o que agrava o desconforto e o risco de complicações associadas à obstipação na pessoa idosa (Sun et al., 2024).

Neste sentido, torna-se primordial a identificação deste domínio no caso da Sra. EMM.

Pele e mucosas

O sistema tegumentar passa por várias mudanças visíveis com o envelhecimento, a dieta, saúde geral, atividade, exposição e fatores hereditários influenciam o curso normal do envelhecimento. Neste sentido, na pessoa idosa, ocorre um achatamento da junção dermoepidérmica, redução da espessura e da vascularização da derme, desaceleração da proliferação epidérmica e maior quantidade e degeneração de fibras de elastina constituem algumas das ocorrências (Eliopoulos, 2020).

As fibras de colagénio ficam mais ásperas e mais aleatórias, o que reduz a elasticidade da pele e a derme fica mais avasculada e fina (Eliopoulos, 2020). Tudo isto, pode provocar o surgimento de úlceras por pressão. Por este motivo é importante avaliar este domínio na Sra. EMM apesar desta apresentar um baixo risco de desenvolver úlceras por pressão, segundo a escala de Braden.

Autoconceito

Vaz Serra (1988, p. 109) define o autoconceito como “(...) a perceção que o indivíduo tem de si próprio e o conceito que, devido a isso, forma de si. É um constructo que ajuda a compreender aspetos importantes do comportamento humano, como a uniformidade, a consciência e a coerência da conduta observável, a noção de identidade e a manutenção de certos estereótipos de ação na continuidade do tempo”.

O autoconceito estrutura-se em torno de dois pilares fundamentais: a autoimagem e a autoestima. A autoimagem resulta das observações do próprio sobre si mesmo, sendo o indivíduo objeto da sua perceção. Pode variar consoante os diferentes papéis que a pessoa assume ao longo da vida, organizando-se de forma hierárquica e sendo atribuída uma valoração

subjetiva. Já a autoestima corresponde à avaliação que o indivíduo faz de si próprio, nomeadamente das suas capacidades, virtudes, comportamentos e valores morais relevantes para a sua identidade. A autoestima assume, assim, particular relevância em contexto clínico, dado que está intimamente associada à capacidade de compensação ou, pelo contrário, à descompensação emocional (Ordem dos Enfermeiros, 2023). A identidade, por sua vez, também constitui um elemento central do autoconceito, pois representa o sentido de continuidade e coerência que o indivíduo atribui à sua existência.

É fundamental, na prática de cuidados, proporcionar momentos em que a pessoa possa expressar os seus receios, sentimentos e o significado que atribui à sua situação de saúde e à vivência da doença (Ordem dos Enfermeiros, 2023).

Neste sentido, com o processo de envelhecimento e/ou a vivência de situações de doença, as necessidades em saúde vão sofrendo modificações constantes. A perda de controlo sobre as rotinas diárias e a autonomia funcional pode desencadear alterações profundas no autoconceito (Cunha et al., 2023). Uma saúde fragilizada pode também conduzir ao isolamento social, o que favorece o enfraquecimento da autoestima e da percepção de identidade (Sousa et al., 2024).

Neste sentido, nos contextos em que se verificam situações de incapacidade, como no caso da Sra. EMM, torna-se essencial integrar a promoção do autoconceito no planeamento dos cuidados.

Emoção

O envelhecimento está frequentemente associado a um aumento da vulnerabilidade emocional, sendo comum a presença de sintomas como ansiedade, irritabilidade, euforia e humor depressivo na população idosa. Diversos fatores sociodemográficos, clínicos e funcionais influenciam a manifestação e a intensidade destes sintomas, como por exemplo, as dificuldades na memória. De forma geral, as mulheres apresentam níveis mais elevados de ansiedade e depressão do que os homens, sendo o sexo feminino considerado um fator de risco para a sintomatologia depressiva (Lin et al., 2021; Maier et al., 2021; Gómez-Soria et al., 2024). Esta tendência mantém-se ao longo das diferentes faixas etárias. Contudo, as mulheres mais velhas demonstram, na sua maioria, atitudes mais positivas face à procura de ajuda em saúde mental (Gómez-Soria et al., 2024).

Neste âmbito, o estado civil revela-se igualmente um preditor relevante para os sintomas depressivos. Pessoas viúvas apresentam maior prevalência de humor depressivo, seguidas das separadas, sendo que indivíduos solteiros e casados demonstram níveis semelhantes. A viuvez associa-se frequentemente a sentimentos de solidão, agravando o sofrimento psicológico (Zhang & Li., 2011; Gómez-Soria et al., 2024). No entanto, o apoio social, nomeadamente por parte dos filhos adultos, pode atenuar os efeitos negativos da perda conjugal (Gómez-Soria et al., 2024).

Em consonância, idosos que vivem sozinhos tendem a manifestar níveis mais elevados de sintomas depressivos. A evidência científica aponta para uma associação significativa entre a solidão e o humor depressivo na velhice, destacando a importância das redes de suporte social e familiar (Ford et al., 2018; Van As et al., 2022).

Por outro lado, a presença de uma ou mais patologias crónicas encontra-se fortemente associada à ansiedade, representando um dos perfis clínicos mais prevalentes entre a população idosa. A coexistência de doenças como diabetes, hipertensão, patologias

cardiovasculares ou cancro, bem como a comorbilidade com perturbações psiquiátricas, como os transtornos de ansiedade, contribuem significativamente para o agravamento do estado emocional (O'Neil et al., 2015; Gómez-Soria et al., 2024). Estes quadros estão também associados a uma maior utilização dos serviços de saúde, aumento dos custos assistenciais, maior risco de complicações e, nos casos mais graves, a um aumento da mortalidade (Gómez-Soria et al., 2024).

Em termos de funcionalidade, a dependência nas atividades básicas da vida diária está igualmente associada a uma maior prevalência de sintomas depressivos e ansiosos. A presença de dor, polimedicação, patologias crónicas, atividade física reduzida, qualidade de vida diminuída e desempenho cognitivo diminuído correlacionam-se com défices funcionais nas atividades básicas da vida diária, contribuindo para o agravamento do estado emocional (Brown Wilson et al., 2019; Song et al., 2014).

Assim, a interação entre humor depressivo, ansiedade e outros sintomas emocionais como a inquietação e a irritabilidade é complexa na pessoa idosa. Deste modo, considerando que a Sra. EMM é uma pessoa idosa, do sexo feminino, viúva e vive sozinha, torna-se prioritária a atenção e a avaliação cuidada deste domínio no processo de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Memória

O processo de envelhecimento acarreta, de forma progressiva, alterações em diversas funções, incluindo as funções cognitivas. Entre estas, o declínio da memória destaca-se como uma das principais queixas reportadas pela população idosa, uma vez que interfere diretamente na realização das atividades instrumentais da vida diária, como gerir finanças, utilizar transportes ou organizar medicação (Belleville et al., 2018 ; Melo et al., 2017 ; Sacramento et al., 2021).

De acordo com a evidência científica, o declínio das capacidades cognitivas tende a iniciar-se por volta dos 60 anos de idade, sendo mais expressivo ao nível da velocidade de processamento da informação, da memória de trabalho e da perceção sensorial (Harada et al., 2013). No envelhecimento considerado fisiológico, é comum a diminuição da memória declarativa, tanto da semântica como da episódica, enquanto a memória não declarativa se mantém geralmente preservada (Harada et al., 2013; Sousa et al., 2024).

No que respeita à linguagem, esta mantém-se globalmente estável com o avançar da idade, embora possam surgir dificuldades específicas, como uma redução na fluência verbal categorial e na capacidade de nomeação por confrontação visual, especialmente a partir dos 70 anos. Para além disso, podem verificar-se alterações ligeiras noutras funções cognitivas, nomeadamente na atenção, na capacidade visuoespacial (com relativa preservação da perceção visuoespacial) e nas funções executivas, particularmente ao nível do planeamento, organização, resolução de problemas e flexibilidade mental (Larner, 2018 ; Sousa et al., 2024).

Neste sentido, considerando que a Sra. EMM, se encontra numa faixa etária avançada, torna-se fundamental a atenção neste domínio. A compreensão das alterações cognitivas associadas ao envelhecimento permite ajustar de forma adequada o plano de cuidados, assegurando intervenções personalizadas que promovam a funcionalidade, a autonomia e a qualidade de vida da pessoa idosa.

Autocuidado

O autocuidado é uma dimensão essencial no contexto do envelhecimento ativo e funcional.

Segundo o International Council of Nurses (2015), trata-se da “atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária”. A capacidade de autocuidado reveste-se de especial importância na pessoa idosa, não só pelos benefícios físicos e funcionais associados, como a redução de hospitalizações e a promoção da saúde (Eller et al., 2018), mas também por satisfazer o desejo de muitos idosos de manterem a sua independência em ambiente familiar e de envelhecerem no local onde sempre viveram (Thoma-Lurken et al., 2018).

O envelhecimento, por sua natureza, envolve alterações fisiológicas, cognitivas e sensoriais que comprometem progressivamente a autonomia funcional. A perda de mobilidade, a diminuição da força muscular, os défices visuais e auditivos, bem como as alterações na memória, atenção e capacidade de planeamento, afetam diretamente a realização eficaz das atividades de vida diária.

Neste contexto, torna-se crucial identificar os múltiplos fatores que influenciam o processo de envelhecimento e as limitações subsequentes na realização das atividades de vida diária, como alimentar-se e hidratar-se de forma autónoma, levantar-se e sentar-se, vestir-se e despir-se, utilizar a casa de banho e manter a higiene pessoal. A literatura demonstra que o agravamento da incapacidade funcional e o surgimento de novas dificuldades nestas tarefas são fenómenos cada vez mais frequentes com o avanço da idade, o que conduz à redução da qualidade de vida, aumento da dependência e maior necessidade de cuidados (Woldemariam et al., 2023).

Os cuidados prestados pelo enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação devem ser desenvolvidos com base numa abordagem holística e contextualizada, considerando a dimensão individual, de grupo e comunitária em que o idoso se insere. A promoção da máxima independência possível na realização das atividades de vida diária, aliada à adaptação a múltiplos fatores limitantes, através de processos de aprendizagem, treino funcional e reeducação, deve constituir um foco central das intervenções destes profissionais (Lopes et al, 2013; Sousa et al., 2024).

As ações de autocuidado estão diretamente relacionadas com as capacidades da pessoa e com a sua resposta adaptativa face às necessidades identificadas. Quando a pessoa idosa realiza, de forma deliberada, ações orientadas para a gestão da sua saúde, está a mobilizar as suas competências funcionais para satisfazer necessidades, reforçar a autonomia e manter a dignidade e a autodeterminação (Sousa et al., 2024).

Dado que um dos principais objetivos da reabilitação é promover a independência nas atividades de vida diária, este domínio assume um papel central no processo de cuidados, sendo essencial a sua avaliação de forma consistente e estruturada (Ribeiro, 2021).

Autogestão do regime medicamentoso

O envelhecimento está associado a um aumento significativo da utilização de medicamentos, não apenas pelo maior número de doenças crónicas, mas também pela complexidade dos regimes terapêuticos instituídos. Apesar de envelhecer não significar, por si só, ser um portador de doenças, a maior morbilidade e mortalidade nesta faixa etária tornam a população idosa a principal utilizadora dos cuidados de saúde, com maior número de consultas, visitas domiciliárias, internamentos e consumo de medicamentos (Eliopoulos, 2020). Neste contexto, os profissionais de saúde assumem um papel fundamental, principalmente na gestão terapêutica

bem como na promoção de estilos de vida saudáveis e no acompanhamento regular desta população.

A autogestão do regime medicamentoso é um processo complexo, que envolve múltiplas etapas: a organização da medicação conforme o horário prescrito, a preparação da medicação conforme a dose indicada, a administração pela via adequada, a capacidade de armazenamento conforme as recomendações (Ibrahim et al., 2023). Estas tarefas exigem competências físicas, cognitivas e um nível adequado de literacia em saúde. A capacidade de gerir corretamente o regime medicamentoso é reconhecida como uma competência essencial para a autonomia e envelhecimento bem-sucedido da pessoa com multimorbilidade (Badawoud et al., 2020).

Contudo, diversas limitações comuns do envelhecimento, como défices de acuidade visual, destreza manual ou cognição, podem comprometer seriamente a autogestão do regime medicamentoso. No caso de existir comprometimento cognitivo, é agravada a dificuldade em compreender, organizar e executar corretamente os regimes terapêuticos, aumentando o risco de não adesão, erros de administração e eventos adversos (Ibrahim et al., 2023). Neste sentido, apesar de muitos idosos conhecerem os nomes e finalidades dos seus medicamentos, estudos revelam que apenas uma minoria compreende os seus potenciais efeitos adversos (Awwad et al., 2015; Marek & Antle, 2008). Aquando do domicílio, são frequentemente observadas falhas na continuidade da autogestão, incluindo dificuldades na aquisição dos medicamentos, má compreensão das indicações e ausência de estratégias organizativas eficazes (Mortelmans et al., 2021; Tomlinson et al., 2020).

Neste sentido, é importante que o EEER esteja habilitado a intervir de forma direcionada neste domínio, de forma a promover a autonomia funcional da pessoa idosa, a adesão terapêutica e otimização da segurança da autogestão medicamentosa nomeadamente na Sra. EMM.

Padrão alimentar

O padrão alimentar da pessoa idosa sofre repercussões significativas com o envelhecimento, verificando-se uma redução da massa magra e um aumento relativo do tecido adiposo, resultado de um metabolismo mais lento e, conseqüentemente, numa diminuição da queima de calorias. A taxa metabólica basal diminui cerca de 2% em cada década a partir dos 25 anos, enquanto a ingestão calórica tende a manter-se, especialmente em contextos de sedentarismo, o que contribui para o aumento de peso e para o risco de alterações metabólicas (Eliopoulos, 2020). Embora cada pessoa idosa tenha necessidades nutricionais individuais, é reconhecido que as exigências energéticas diminuem com a idade, neste sentido, a qualidade nutricional dos alimentos deve aumentar para assegurar a ingestão adequada de proteínas, vitaminas, minerais e fibras (Eliopoulos, 2020).

Em conformidade, a diminuição da ingestão de proteínas, por exemplo, compromete a renovação dos tecidos e a manutenção da massa muscular, sendo um dos fatores associados ao desenvolvimento de sarcopenia, condição reconhecida como predisponente à perda funcional e ao aumento do risco de queda (Cruz-Jentoft et al., 2019). Já a ingestão excessiva de hidratos de carbono simples pode provocar variações glicémicas importantes, incluindo episódios de hipoglicemia com manifestação sob a forma de confusão mental, afetando a autonomia e a segurança. A ingestão insuficiente de fibras alimentares, por outro lado, favorece a obstipação, dislipidemias e o risco cardiovascular. Tanto as fibras solúveis (como a aveia) quanto as insolúveis (presentes nos cereais integrais, frutas e vegetais) têm funções específicas na

regulação do trânsito intestinal, da glicemia e do colesterol sérico (Dahm et al., 2010). Outro aspeto a valorizar é a hidratação, o envelhecimento predispõe a uma redução da água corporal total e a uma perceção da sede diminuída, o que, associado a fatores como incontinência, mobilidade reduzida ou receio de ingerir líquidos, leva muitos idosos a consumir menos água do que o recomendado. A desidratação leve ou moderada pode manifestar-se por confusão, obstipação, irritabilidade, infeções urinárias e fadiga, tendo um impacto negativo na funcionalidade geral. O Institute of Medicine (2004) recomenda para mulheres com mais de 50 anos uma ingestão diária de cerca de 2,7 L de líquidos (cerca de 13 copos de 200 ml).

Neste sentido, atendendo aos dados referidos é primordial a intervenção do EEER neste domínio.

Sono

O envelhecimento está associado a alterações fisiológicas significativas na qualidade do sono, incluindo a redução da duração e da profundidade do sono, maior incidência de despertares noturnos e aumento da dificuldade para adormecer (Casagrande et al., 2022). Estas mudanças ocorrem em idosos saudáveis e tendem a agravar-se em contextos de comprometimento cognitivo leve e demência, nomeadamente na Doença de Alzheimer. A revisão sistemática conduzida pelos autores revela que a má qualidade do sono está associada a défices nas funções cognitivas, particularmente nas áreas da atenção, memória e funções executivas, e que este impacto é observado mesmo antes da manifestação clínica de défices severos.

A sonolência diurna excessiva, frequentemente presente em idosos com distúrbios do sono, foi também correlacionada com um pior desempenho cognitivo global, sugerindo que a avaliação do padrão e qualidade do sono pode ser um indicador precoce de declínio cognitivo. Além disso, Casagrande et al. (2022) apontam que o impacto cumulativo de múltiplos sintomas de sono alterado, mais do que a presença de um único sintoma, constitui um fator de risco significativo para a deterioração das capacidades cognitivas.

Este entendimento é reforçado por Eliopoulos (2020), que descreve o sono como um dos pilares do bem-estar físico, psicológico e cognitivo da pessoa idosa. A autora sublinha que os distúrbios do sono são frequentes com o avançar da idade e podem comprometer a segurança, a funcionalidade e a autonomia da pessoa, nomeadamente devido ao aumento do risco de queda, da irritabilidade, da desorientação e da fadiga. A avaliação da qualidade do sono, neste contexto, torna-se essencial para a intervenção precoce, através de estratégias não farmacológicas que promovam uma higiene do sono eficaz e um ambiente favorável ao descanso, contribuindo assim para a preservação da funcionalidade e da qualidade de vida do idoso entre elas, momentos de sesta, limitação no consumo de cafeína, ouvir música suave, controlo de stress e diminuição de estímulos auditivos e visuais (Eliopoulos, 2020).

Neste sentido, a avaliação do sono pelo EEER é fundamental para a compreensão global da funcionalidade da pessoa idosa. Assim, tendo em conta o exposto, justifica-se a pertinência na identificação deste domínio para o caso em estudo.

3.5. Conceção de Cuidados

Força muscular

07-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Força - contração muscular

07-12-2024 08:00 - Membro inferior Direita(o): movimento ativo se eliminada a gravidade.

07-12-2024 08:00 - Membro inferior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência.

07-12-2024 08:00 - Membro superior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

07-12-2024 08:00 - Membro superior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

07-12-2024 08:00 - Avaliação da força muscular, segundo a Escala de Medical Research Council (1943), sentido cefalocaudal, da porção proximal para distal, das cadeias musculares do membro inferior direito: Flexores (iliopsoas e reto femoral), extensores (glúteo máximo e isquiotibiais), abdutores (glúteo médio, glúteo mínimo e tensor da fáscia lata), adutores (adutor longo, adutor curto, adutor magno, grácil e pectíneo), rotadores externos (glúteo máximo, sartório, piriforme, obturador externo e interno, quadrado femoral, gêmeo superior e inferior) e internos (ilíaco, psoas maior e menor, obturador interno, gêmeo superior e inferior, piriforme e quadrado femoral) da anca; flexores (bíceps femoral, semitendinoso e semimembranoso) e extensores (quadríceps femoral e tensor da fáscia lata) do joelho: movimento contra a gravidade, porém sem resistência adicional - score 3. Dorsiflexores (extensor longo do hálux, tibial anterior, extensor longo dos dedos e fibular terceiro) e flexores plantares (flexor longo do hálux, flexor longo dos dedos, tibial posterior, fibular curto, fibular longo, sóleo e gastrocnémio); eversores (fibular longo, fibular curto, fibular terceiro e extensores longos dos dedos) e inversores do pé (extensor longo do hálux, tibial anterior, tibial posterior, flexor longo dos dedos e flexor longo do hálux); flexores e extensores dos dedos do pé: movimento contra a gravidade, porém sem resistência adicional - score 3.

07-12-2024 08:00 - Avaliação da força muscular, segundo a Escala de Medical Research Council (1943), sentido cefalocaudal, da porção proximal para distal, das cadeias musculares do membro inferior esquerdo: Flexores (iliopsoas e reto femoral), extensores (glúteo máximo e isquiotibiais), abdutores (glúteo médio, glúteo mínimo e tensor da fáscia lata), adutores (adutor longo, adutor curto, adutor magno, grácil e pectíneo), rotadores externos (glúteo máximo, sartório, piriforme, obturador externo e interno, quadrado femoral, gêmeo superior e inferior) e internos (ilíaco, psoas maior e menor, obturador interno, gêmeo superior e inferior, piriforme e quadrado femoral) da anca; flexores (bíceps femoral, semitendinoso e semimembranoso) e extensores (quadríceps femoral e tensor da fáscia lata) do joelho: movimento ativo contra gravidade e contra a resistência - score 4. Dorsiflexores (extensor longo do hálux, tibial anterior, extensor longo dos dedos e fibular terceiro) e flexores plantares (flexor longo do hálux, flexor longo dos dedos, tibial posterior,

fibular curto, fibular longo, sóleo e gastrocnémio); eversores (fibular longo, fibular curto, fibular terceiro e extensores longos dos dedos) e inversores do pé (extensor longo do hálux, tibial anterior, tibial posterior, flexor longo dos dedos e flexor longo do hálux); flexores e extensores dos dedos do pé: movimento ativo contra gravidade e contra a resistência - score 4.

07-12-2024 08:00 - Avaliação da força muscular, segundo a Escala de Medical Research Council (1943), sentido cefalocaudal, da porção proximal para distal, das cadeias musculares do membro superior direito: Flexores (peitoral maior, porção anterior do deltóide, coracobraquial e bicípite braquial), extensores (deltóide posterior, dorsal, redondo maior, tríceps e peitoral maior), abdutores (supra espinhoso e deltóide), adutores (peitoral maior, dorsal e redondo maior), rotadores internos (subescapular e redondo maior) e externos do ombro (infraespinhoso e redondo menor); flexores (braquial, braquiorradial e bíceps) e extensores (tríceps e o ancónio) do cotovelo; pronadores (pronador redondo e pronador quadrado) e supinadores (supinador radio-ulnar) do antebraço; flexores (flexor radial do carpo, flexor ulnar do carpo e palmar longo) e extensores (extensor radial longo e curto do carpo e extensor ulnar do carpo) do punho; flexores (profundos), extensores (comuns), abdutores e adutores dos dedos; flexores, extensores, abdutores e adutores do polegar: força normal - score 5.

07-12-2024 08:00 - Avaliação da força muscular, segundo a Escala de Medical Research Council (1943), sentido cefalocaudal, da porção proximal para distal, das cadeias musculares do membro superior esquerdo: Flexores (peitoral maior, porção anterior do deltóide, coracobraquial e bicípite braquial), extensores (deltóide posterior, dorsal, redondo maior, tríceps e peitoral maior), abdutores (supra espinhoso e deltóide), adutores (peitoral maior, dorsal e redondo maior), rotadores internos (subescapular e redondo maior) e externos do ombro (infraespinhoso e redondo menor); flexores (braquial, braquiorradial e bíceps) e extensores (tríceps e o ancónio) do cotovelo; pronadores (pronador redondo e pronador quadrado) e supinadores (supinador radio-ulnar) do antebraço; flexores (flexor radial do carpo, flexor ulnar do carpo e palmar longo) e extensores (extensor radial longo e curto do carpo e extensor ulnar do carpo) do punho; flexores (profundos), extensores (comuns), abdutores e adutores dos dedos; flexores, extensores, abdutores e adutores do polegar: força normal - score 5.

07-12-2024 08:00 - Força muscular comprometida

07-12-2024 08:00 - Determinar evolução da força muscular

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da força - contração muscular [1x/sessão ou SOS]

07-12-2024 08:00 - Melhorar força muscular

07-12-2024 08:00 - Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-assistido [1x/sessão ou SOS]

07-12-2024 08:00 - Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-resistido [1x/sessão ou SOS]

07-12-2024 08:00 - Promover adesão: regime de exercícios músculo-articulares

07-12-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular: necessita ser melhorada para progredir para a

mestria; é o momento próprio para intervir.

10-12-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular: facilitadora [MELHOROU].

07-12-2024 08:00 - Capacidade para executar exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-12-2024 08:00 - Capacidade para executar exercícios músculo-articulares: facilitadora [MELHOROU].

07-12-2024 08:00 - Autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares: facilitadora.

10-12-2024 08:00 - Autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares: facilitadora [MANTEVE].

07-12-2024 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular [RESOLVIDO]

10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular [1x/sessão ou SOS] [FIM]

10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Contratar com cliente experiência indutora da consciencialização [1x/sessão ou SOS] [FIM]

07-12-2024 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular [1x/sessão ou SOS] [FIM]

07-12-2024 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para executar exercícios músculo-articulares [RESOLVIDO]

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para executar exercícios músculo-articulares [1x/sessão ou SOS] [FIM]

07-12-2024 08:00 - Instruir exercícios músculo-articulares [1x/sessão ou SOS] [FIM]

07-12-2024 08:00 - Treinar exercícios músculo-articulares [1x/sessão ou SOS] [FIM]

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da adesão aos exercícios músculo-articulares [1x/sessão ou SOS]

07-12-2024 08:00 - Promover papel do cuidador: adesão ao regime de exercícios músculo-articulares

07-12-2024 08:00 - Capacidade do cuidador para executar os exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-12-2024 08:00 - Capacidade do cuidador para executar os exercícios músculo-articulares: facilitadora [MELHOROU].

07-12-2024 08:00 - Autoeficácia do cuidador para executar os exercícios músculo-articulares: facilitadora.

10-12-2024 08:00 - Autoeficácia do cuidador para executar os exercícios músculo-articulares: facilitadora [MANTEVE].

07-12-2024 08:00 - Potencial do cuidador para melhorar capacidade para executar os exercícios músculo-articulares [RESOLVIDO] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para executar os exercícios músculo-articulares [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Instruir cuidador sobre exercícios músculo-articulares [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Treinar cuidador a executar exercícios músculo-articulares [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: adesão ao regime de exercícios músculo-articulares [1x/sessão ou SOS]

10-12-2024 08:00

10-12-2024 08:00 - Força - contração muscular

10-12-2024 08:00 - Membro inferior Direita(o): movimento ativo se eliminada a gravidade [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Membro inferior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Membro superior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Membro superior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Avaliação da força muscular, segundo a Escala de Medical Research Council (1943), sentido cefalocaudal, da porção proximal para distal, das cadeias musculares do membro inferior direito: Flexores (iliopsoas e reto femoral), extensores (glúteo máximo e isquiotibiais), abdutores (glúteo médio, glúteo mínimo e tensor da fáscia lata), adutores (adutor longo, adutor curto, adutor magno, grácil e pectíneo), rotadores externos (glúteo máximo, sartório, piriforme, obturador externo e interno, quadrado femoral, gêmeo superior e inferior) e internos (ilíaco, psoas maior e menor, obturador interno, gêmeo superior e inferior, piriforme e quadrado femoral) da anca; flexores (bíceps femoral, semitendinoso e semimembranoso) e extensores (quadríceps femoral e tensor da fáscia lata) do joelho: movimento contra a gravidade, porém sem resistência adicional - score 3. Dorsiflexores (extensor longo do hálux, tibial anterior, extensor longo dos dedos e fibular terceiro) e flexores plantares (flexor longo do hálux, flexor longo dos dedos, tibial posterior, fibular curto, fibular longo, sóleo e gastrocnémio); eversores (fibular longo, fibular curto, fibular terceiro e extensores longos dos dedos) e inversores do pé (extensor longo do hálux, tibial anterior, tibial posterior, flexor longo dos dedos e flexor longo do hálux); flexores e extensores dos dedos do pé: movimento contra a gravidade, porém sem resistência adicional - score 3.

10-12-2024 08:00 - Avaliação da força muscular, segundo a Escala de Medical Research Council (1943), sentido cefalocaudal, da porção proximal para distal, das cadeias musculares do membro inferior esquerdo: Flexores (iliopsoas e reto femoral), extensores (glúteo máximo e isquiotibiais), abdutores (glúteo médio, glúteo mínimo e tensor da fáscia lata), adutores (adutor longo, adutor curto, adutor magno, grácil e pectíneo), rotadores externos (glúteo máximo, sartório, piriforme, obturador externo e interno, quadrado femoral, gêmeo superior e inferior) e internos (ilíaco, psoas maior e menor, obturador

interno, gêmeo superior e inferior, piriforme e quadrado femoral) da anca; flexores (bíceps femoral, semitendinoso e semimembranoso) e extensores (quadríceps femoral e tensor da fáscia lata) do joelho: movimento ativo contra gravidade mas não contra a resistência - score 4. Dorsiflexores (extensor longo do hálux, tibial anterior, extensor longo dos dedos e fibular terceiro) e flexores plantares (flexor longo do hálux, flexor longo dos dedos, tibial posterior, fibular curto, fibular longo, sóleo e gastrocnémio); eversores (fibular longo, fibular curto, fibular terceiro e extensores longos dos dedos) e inversores do pé (extensor longo do hálux, tibial anterior, tibial posterior, flexor longo dos dedos e flexor longo do hálux); flexores e extensores dos dedos do pé: movimento ativo contra gravidade mas não contra a resistência - score 4.

10-12-2024 08:00 - Avaliação da força muscular, segundo a Escala de Medical Research Council (1943), sentido cefalocaudal, da porção proximal para distal, das cadeias musculares do membro superior direito: Flexores (peitoral maior, porção anterior do deltóide, coracobraquial e bicípita braquial), extensores (deltóide posterior, dorsal, redondo maior, tríceps e peitoral maior), abdutores (supra espinhoso e deltóide), adutores (peitoral maior, dorsal e redondo maior), rotadores internos (subescapular e redondo maior) e externos do ombro (infraespinhoso e redondo menor); flexores (braquial, braquiorradial e bíceps) e extensores (tríceps e o ancónio) do cotovelo; pronadores (pronador redondo e pronador quadrado) e supinadores (supinador radio-ulnar) do antebraço; flexores (flexor radial do carpo, flexor ulnar do carpo e palmar longo) e extensores (extensor radial longo e curto do carpo e extensor ulnar do carpo) do punho; flexores (profundos), extensores (comuns), abdutores e adutores dos dedos; flexores, extensores, abdutores e adutores do polegar: força normal - score 5.

10-12-2024 08:00 - Avaliação da força muscular, segundo a Escala de Medical Research Council (1943), sentido cefalocaudal, da porção proximal para distal, das cadeias musculares do membro superior esquerdo: Flexores (peitoral maior, porção anterior do deltóide, coracobraquial e bicípita braquial), extensores (deltóide posterior, dorsal, redondo maior, tríceps e peitoral maior), abdutores (supra espinhoso e deltóide), adutores (peitoral maior, dorsal e redondo maior), rotadores internos (subescapular e redondo maior) e externos do ombro (infraespinhoso e redondo menor); flexores (braquial, braquiorradial e bíceps) e extensores (tríceps e o ancónio) do cotovelo; pronadores (pronador redondo e pronador quadrado) e supinadores (supinador radio-ulnar) do antebraço; flexores (flexor radial do carpo, flexor ulnar do carpo e palmar longo) e extensores (extensor radial longo e curto do carpo e extensor ulnar do carpo) do punho; flexores (profundos), extensores (comuns), abdutores e adutores dos dedos; flexores, extensores, abdutores e adutores do polegar: força normal - score 5.

Movimento articular

07-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Articulação

07-12-2024 08:00 - Articulação da anca Direita(o): Abdução.

07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.

07-12-2024 08:00 - Articulação da anca Direita(o): Adução.

07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.

07-12-2024 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Rotação interna.

07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Rotação externa.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Articulação do joelho Direita(o): Flexão.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular limitada.
07-12-2024 08:00 - Articulação do joelho Direita(o): Extensão.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular limitada.
07-12-2024 08:00 - Articulação do joelho Esquerda(o): Flexão.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Articulação do joelho Esquerda(o): Extensão.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Inversão.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Eversão.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Eversão.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Inversão.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Articulação da anca Direita(o): Flexão.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular limitada.
07-12-2024 08:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Flexão.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Extensão.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Flexão.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Extensão.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Antebraço Direita(o): Supinação.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Antebraço Direita(o): Pronação.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Antebraço Direita(o): Flexão.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Antebraço Direita(o): Extensão.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Antebraço Esquerda(o): Flexão.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Antebraço Esquerda(o): Extensão.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Articulação da anca Direita(o): Extensão.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Antebraço Esquerda(o): Supinação.

07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Antebraço Esquerda(o): Pronação.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Articulação do cotovelo Direita(o): Flexão.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Articulação do cotovelo Direita(o): Extensão.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Articulação do cotovelo Esquerda(o): Flexão.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Articulação do cotovelo Esquerda(o): Extensão.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Ombro Direita(o): Abdução.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Ombro Direita(o): Adução.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Ombro Direita(o): Flexão.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Ombro Direita(o): Extensão.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Articulação da anca Direita(o): Rotação interna.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Ombro Direita(o): Rotação interna.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Ombro Direita(o): Rotação externa.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Ombro Esquerda(o): Abdução.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Ombro Esquerda(o): Adução.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Ombro Esquerda(o): Flexão.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Ombro Esquerda(o): Extensão.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Ombro Esquerda(o): Rotação interna.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Ombro Esquerda(o): Rotação externa.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Dedos da mão Direita(o): Flexão.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Dedos da mão Direita(o): Extensão.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Articulação da anca Direita(o): Rotação externa.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Dedos da mão Direita(o): Abdução.

07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Dedos da mão Direita(o): Adução.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Dedos da mão Direita(o): Circundação do polegar.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Dedos da mão Direita(o): Oponência do polegar.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Abdução.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Adução.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Flexão.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Extensão.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Circundação do polegar.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Oponência do polegar.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Abdução.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Punho Direita(o): Flexão.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Punho Direita(o): Extensão.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Punho Direita(o): Desvio cubital.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Punho Direita(o): Desvio radial.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Punho Esquerda(o): Flexão.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Punho Esquerda(o): Extensão.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Punho Esquerda(o): Desvio radial.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Punho Esquerda(o): Desvio cubital.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Adução.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Flexão.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Extensão.
07-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
07-12-2024 08:00 - Flexão anca (direita) - 80° (0° - 125°)

07-12-2024 08:00 - Extensão joelho (direito) - 30° (140° - 0°)

07-12-2024 08:00 - Flexão joelho (direito) - 90° (0° - 140°)

07-12-2024 08:00 - Determinar evolução da mobilidade articular

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da mobilidade articular [1x/sessão ou SOS]

07-12-2024 08:00 - Rigidez articular

07-12-2024 08:00 - Determinar evolução da amplitude articular

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da amplitude articular [1x/sessão ou SOS]

07-12-2024 08:00 - Evitar agravamento da rigidez articular

07-12-2024 08:00 - Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-assistido [1x/sessão ou SOS]

07-12-2024 08:00 - Promover adesão: regime de exercícios músculo-articulares

07-12-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e o movimento articular: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-12-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e o movimento articular: facilitadora [MELHOROU].

07-12-2024 08:00 - Capacidade para executar exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-12-2024 08:00 - Capacidade para executar exercícios músculo-articulares: facilitadora [MELHOROU].

07-12-2024 08:00 - Autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares: facilitadora.

10-12-2024 08:00 - Autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares: facilitadora [MANTEVE].

07-12-2024 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e o movimento articular

[RESOLVIDO] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e o movimento articular [1x/sessão ou SOS]

[FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre os exercícios músculo-articulares e o movimento articular [1x/sessão ou SOS] [FIM]

10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para executar exercícios músculo-articulares **[RESOLVIDO] 10-12-2024 08:00**

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para executar exercícios músculo-articulares [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Instruir exercícios músculo-articulares [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Treinar exercícios músculo-articulares [1x/sessão ou SOS]

[FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da adesão aos exercícios músculo-articulares [1x/sessão ou SOS]

07-12-2024 08:00 - Promover papel do cuidador: adesão ao regime de exercícios músculo-articulares

07-12-2024 08:00 - Capacidade do cuidador para executar os exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-12-2024 08:00 - Capacidade do cuidador para executar os exercícios músculo-articulares: facilitadora [MELHOROU].

07-12-2024 08:00 - Autoeficácia do cuidador para executar os exercícios músculo-articulares: facilitadora.

10-12-2024 08:00 - Autoeficácia do cuidador para executar os exercícios músculo-articulares: facilitadora [MANTEVE].

07-12-2024 08:00 - Potencial do cuidador para melhorar capacidade para executar os exercícios músculo-articulares [RESOLVIDO] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para executar os exercícios músculo-articulares [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Instruir cuidador sobre exercícios músculo-articulares [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Treinar cuidador a executar exercícios músculo-articulares [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: adesão ao regime de exercícios músculo-articulares [1x/sessão ou SOS]

10-12-2024 08:00

10-12-2024 08:00 - Articulação

10-12-2024 08:00 - Articulação da anca Direita(o): Abdução.

10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Articulação da anca Direita(o): Adução.

10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Eversão.

10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Inversão.

10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Articulação da anca Direita(o): Flexão.

10-12-2024 08:00 - mobilidade articular limitada [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Flexão.

10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Extensão.

10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Flexão.

10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Extensão.

10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Antebraço Direita(o): Supinação.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Antebraço Direita(o): Flexão.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Antebraço Direita(o): Extensão.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Rotação interna.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Antebraço Esquerda(o): Flexão.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Antebraço Esquerda(o): Extensão.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Articulação da anca Direita(o): Extensão.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Antebraço Esquerda(o): Supinação.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Antebraço Esquerda(o): Pronação.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Articulação do cotovelo Direita(o): Flexão.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Articulação do cotovelo Direita(o): Extensão.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Articulação do cotovelo Esquerda(o): Flexão.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Articulação do cotovelo Esquerda(o): Extensão.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Ombro Direita(o): Abdução.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Rotação externa.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Ombro Direita(o): Adução.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Ombro Direita(o): Flexão.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Ombro Direita(o): Extensão.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Articulação da anca Direita(o): Rotação interna.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Ombro Direita(o): Rotação interna.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Ombro Direita(o): Rotação externa.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Ombro Esquerda(o): Abdução.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Ombro Esquerda(o): Adução.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Ombro Esquerda(o): Flexão.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Ombro Esquerda(o): Extensão.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Articulação do joelho Direita(o): Flexão.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular limitada [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Ombro Esquerda(o): Rotação interna.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Ombro Esquerda(o): Rotação externa.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Dedos da mão Direita(o): Flexão.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Dedos da mão Direita(o): Extensão.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Articulação da anca Direita(o): Rotação externa.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Dedos da mão Direita(o): Abdução.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Dedos da mão Direita(o): Adução.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Dedos da mão Direita(o): Circundação do polegar.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Dedos da mão Direita(o): Oponência do polegar.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Abdução.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Articulação do joelho Direita(o): Extensão.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular limitada [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Adução.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Flexão.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Extensão.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Circundação do polegar.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Oponência do polegar.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Abdução.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Punho Direita(o): Flexão.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Punho Direita(o): Extensão.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Punho Direita(o): Desvio cubital.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Punho Direita(o): Desvio radial.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Articulação do joelho Esquerda(o): Flexão.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Punho Esquerda(o): Flexão.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Punho Esquerda(o): Extensão.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Punho Esquerda(o): Desvio radial.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Punho Esquerda(o): Desvio cubital.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Adução.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Flexão.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Extensão.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Articulação do joelho Esquerda(o): Extensão.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Inversão.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Eversão.
10-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-12-2024 08:00 - Flexão da anca (direita) - 82° (0° - 125°)
10-12-2024 08:00 - Extensão joelho (direito) - 30° (140° - 0°)
10-12-2024 08:00 - Flexão joelho (direito) - 90° (0° - 140°)

Tónus muscular

07-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Tónus

07-12-2024 08:00 - Membro inferior Direita(o): ligeira resistência muscular ao movimento passivo.
07-12-2024 08:00 - Membro inferior Esquerda(o): movimento passivo sem resistência muscular.
07-12-2024 08:00 - Membro superior Direita(o): movimento passivo sem resistência muscular.
07-12-2024 08:00 - Membro superior Esquerda(o): movimento passivo sem resistência muscular.
07-12-2024 08:00 - Escala de Ashworth Modificada (Bohannon & Smith, 1987): Membro inferior direito - Grau 1 - Aumento do tónus no início ou no final do arco de movimento

07-12-2024 08:00 - Escala de Ashworth Modificada (Bohannon & Smith, 1987): Membro inferior esquerdo - Grau 0 - tônus normal (à mobilização passiva dos membros, não é identificada resistência ao movimento)

07-12-2024 08:00 - Escala de Ashworth Modificada (Bohannon & Smith, 1987): Membro superior direito - Grau 0 - tônus normal (à mobilização passiva dos membros, não é identificada resistência ao movimento)

07-12-2024 08:00 - Escala de Ashworth Modificada (Bohannon & Smith, 1987): Membro superior esquerdo - Grau 0 - tônus normal (à mobilização passiva dos membros, não é identificada resistência ao movimento)

07-12-2024 08:00 - Espasticidade

07-12-2024 08:00 - Determinar evolução do tônus muscular

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do tônus muscular [1x/sessão ou SOS]

07-12-2024 08:00 - Evitar agravamento da espasticidade

07-12-2024 08:00 - Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-assistido [1x/sessão ou SOS]

07-12-2024 08:00 - Promover adesão: regime de exercícios músculo-articulares

07-12-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios e o tônus muscular: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-12-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios e o tônus muscular: facilitadora [MELHOROU].

07-12-2024 08:00 - Capacidade para executar exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-12-2024 08:00 - Capacidade para executar exercícios músculo-articulares: facilitadora [MELHOROU].

07-12-2024 08:00 - Autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares: facilitadora.

10-12-2024 08:00 - Autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares: facilitadora [MANTEVE].

07-12-2024 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios e o tônus muscular [RESOLVIDO] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre os exercícios e o tônus muscular [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre os exercícios e o tônus muscular [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para executar exercícios músculo-articulares [RESOLVIDO] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para executar exercícios músculo-articulares [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Instruir exercícios músculo-articulares [1x/sessão ou SOS]

[FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Treinar exercícios músculo-articulares [1x/sessão ou SOS]

[FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da adesão aos exercícios músculo-articulares [1x/sessão ou SOS]

07-12-2024 08:00 - Promover papel do cuidador: adesão ao regime de exercícios músculo-articulares

07-12-2024 08:00 - Capacidade do cuidador para executar os exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-12-2024 08:00 - Capacidade do cuidador para executar os exercícios músculo-articulares: facilitadora [MELHOROU].

07-12-2024 08:00 - Autoeficácia do cuidador para executar os exercícios músculo-articulares: facilitadora.

10-12-2024 08:00 - Autoeficácia do cuidador para executar os exercícios músculo-articulares: facilitadora [MANTEVE].

07-12-2024 08:00 - Potencial do cuidador para melhorar capacidade para executar os exercícios músculo-articulares [RESOLVIDO] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para executar os exercícios músculo-articulares [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Instruir cuidador sobre exercícios músculo-articulares [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Treinar cuidador a executar exercícios músculo-articulares [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: adesão ao regime de exercícios músculo-articulares [1x/sessão ou SOS]

10-12-2024 08:00

10-12-2024 08:00 - Tónus

10-12-2024 08:00 - Membro inferior Direita(o): ligeira resistência muscular ao movimento passivo [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Membro inferior Esquerda(o): movimento passivo sem resistência muscular [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Membro superior Direita(o): movimento passivo sem resistência muscular [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Membro superior Esquerda(o): movimento passivo sem resistência muscular [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Escala de Ashworth Modificada (Bohannon & Smith, 1987): Membro inferior direito - Grau 1 - Aumento do tónus no início ou no final do arco de movimento.

10-12-2024 08:00 - Escala de Ashworth Modificada (Bohannon & Smith, 1987): Membro inferior esquerdo- Grau 0 - tónus normal - (à mobilização passiva dos membros, não é identificada resistência ao movimento).

10-12-2024 08:00 - Escala de Ashworth Modificada (Bohannon & Smith, 1987): Membro superior direito- Grau 0 - tónus normal (à mobilização passiva dos membros, não é identificada resistência ao movimento).

10-12-2024 08:00 - Escala de Ashworth Modificada (Bohannon & Smith, 1987): Membro superior esquerdo- Grau 0 - tónus normal (à mobilização passiva dos membros, não é identificada resistência ao movimento).

Função motora fina

07-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Destreza manual

07-12-2024 08:00 - Bilateral: Manipula objetos de pequenas dimensões sem dificuldade.

07-12-2024 08:00 - Determinar evolução da função motora fina

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da função motora fina [1x/sessão ou SOS]

10-12-2024 08:00

10-12-2024 08:00 - Destreza manual

10-12-2024 08:00 - Bilateral: Manipula objetos de pequenas dimensões sem dificuldade [MANTEVE].

Equilíbrio estático

07-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Estabilidade postural sentado sem apoio.

07-12-2024 08:00 - Controlo postural em pé: Estabilidade postural sem apoio.

07-12-2024 08:00 - Determinar evolução do equilíbrio estático

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do equilíbrio estático [1x/sessão ou SOS]

10-12-2024 08:00

10-12-2024 08:00 - Estabilidade postural sentado sem apoio [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Controlo postural em pé: Estabilidade postural sem apoio [MANTEVE].

Equilíbrio dinâmico

07-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Controlo postural em movimento: Instabilidade ao levantar-se, transferir-se ou virar-se.

07-12-2024 08:00 - Teste de Tinetti, adaptado à população portuguesa por Petiz, E.M. (2002): Equilíbrio - Score 9/16 1- Equilíbrio sentado (1. Equilíbrio); 2- Levantar-se (1. usa os braços); 3-Tentativa de levantar (2. Única tentativa); 4- Assim que levanta (primeiros 5 segundos) (1. Estável, mas usa suporte); 5- Equilíbrio em pé (1. Suporte ou base de sustentação > 12cm); 6- Teste de três tempos, pés juntos (1. agarra ou balança); 7- Olhos fechados (pés juntos) (0. Instável); 8- Girar 360° (1. Instável (desenquilibrium)); 9- Sentado (1. Usa os braços ou movimentação abrupta).

07-12-2024 08:00 - Equilíbrio dinâmico comprometido

07-12-2024 08:00 - Determinar evolução do equilíbrio dinâmico

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do equilíbrio dinâmico [1x/sessão ou SOS]

07-12-2024 08:00 - Melhorar equilíbrio dinâmico

07-12-2024 08:00 - Executar técnica de treino do equilíbrio dinâmico [1x/sessão ou SOS]

07-12-2024 08:00 - Assistir no treino do equilíbrio [1x/sessão ou SOS]

07-12-2024 08:00 - Prevenir queda

07-12-2024 08:00 - Adequar o vestuário para prevenir queda [Sem horário]

07-12-2024 08:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [Sem horário]

07-12-2024 08:00 - Promover autogestão: prevenção de quedas

07-12-2024 08:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-12-2024 08:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: facilitador [MELHOROU].

07-12-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda [RESOLVIDO] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de queda [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Ensinar sobre prevenção de quedas [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de quedas [1x/sessão ou SOS]

07-12-2024 08:00 - Promover adesão: treino do equilíbrio dinâmico

07-12-2024 08:00 - Capacidade para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-12-2024 08:00 - Capacidade para treinar o equilíbrio: facilitadora [MELHOROU].

07-12-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-12-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio: facilitadora [MELHOROU].

07-12-2024 08:00 - Autoeficácia para treinar o equilíbrio: facilitadora.

10-12-2024 08:00 - Autoeficácia para treinar o equilíbrio: facilitadora [MANTEVE].

07-12-2024 08:00 - Significado atribuído ao treino do equilíbrio: não dificultador.

10-12-2024 08:00 - Significado atribuído ao treino do equilíbrio: não dificultador [MANTEVE].

07-12-2024 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio [RESOLVIDO]

10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio [1x/sessão ou SOS] [FIM]

10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Contraturalizar com cliente experiência indutora da consciencialização [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para treinar o equilíbrio [RESOLVIDO] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para treinar o equilíbrio [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Instruir o treino do equilíbrio dinâmico [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Treinar equilíbrio dinâmico [1x/sessão ou SOS] [FIM]

10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da adesão ao treino do equilíbrio dinâmico [1x/sessão ou SOS]

07-12-2024 08:00 - Promover papel do cuidador: prevenção de queda

07-12-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-12-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: facilitador [MELHOROU].

07-12-2024 08:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda [RESOLVIDO] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Ensinar cuidador sobre prevenção de queda [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: prevenção de queda [1x/sessão ou SOS]

07-12-2024 08:00 - Promover papel do cuidador: adesão ao treino do equilíbrio dinâmico

07-12-2024 08:00 - Capacidade do cuidador para assistir no treino do equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-12-2024 08:00 - Capacidade do cuidador para assistir no treino do equilíbrio: facilitadora [MELHOROU].

07-12-2024 08:00 - Autoeficácia do cuidador para assistir no treino do equilíbrio: facilitadora.

10-12-2024 08:00 - Autoeficácia do cuidador para assistir no treino do equilíbrio: facilitadora [MANTEVE].

07-12-2024 08:00 - Potencial do cuidador para melhorar capacidade para assistir no treino do equilíbrio [RESOLVIDO] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para assistir no treino do equilíbrio [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Instruir cuidador a assistir no treino do equilíbrio [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Treinar cuidador a assistir no treino do equilíbrio [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: adesão ao treino do equilíbrio dinâmico [1x/sessão ou SOS]

10-12-2024 08:00

10-12-2024 08:00 - Controlo postural em movimento: Instabilidade ao andar [MELHOROU].

10-12-2024 08:00 - Teste de Tinetti, adaptado à população portuguesa por Petiz, E.M. (2002): Equilíbrio - Score 11/16 1-Equilíbrio sentado (1. Equilíbrio); 2- Levantar-se (1. usa os braços); 3- Tentativa de levantar (2. Única tentativa); 4- Assim que levanta (primeiros 5 segundos)(1. Estável, mas usa suporte); 5-Equilíbrio em pé (1. Suporte ou base de sustentação > 12cm); 6- Teste de três tempos, pés juntos (2. Equilibrado); 7-Olhos fechados

(pés juntos) (1. Estável); 8-Girar 360º (1. Instável (desenquilíbrios)); 9-Sentado (1. Usa os braços ou movimentação abrupta).

Visão

07-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Acuidade visual

07-12-2024 08:00 - Bilateral: sem compromisso.

07-12-2024 08:00 - Determinar evolução da visão

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da visão [1x/sessão ou SOS]

10-12-2024 08:00

10-12-2024 08:00 - Acuidade visual

10-12-2024 08:00 - Bilateral: sem compromisso.

Audição

07-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Acuidade auditiva

07-12-2024 08:00 - Bilateral: sem compromisso.

07-12-2024 08:00 - Determinar evolução da audição

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da audição [1x/sessão ou SOS]

10-12-2024 08:00

10-12-2024 08:00 - Acuidade auditiva

10-12-2024 08:00 - Bilateral: sem compromisso.

Comunicação verbal

07-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Sem compromisso de expressão da mensagem.

07-12-2024 08:00 - Sem compromisso na compreensão da mensagem.

07-12-2024 08:00 - Aphasia Rapid Test, instrumento validado para a população portuguesa por Tábuas-Pereira et al. (2018): Pontuação total 0- 1a) Executa as ordens "Abra e feche os olhos" e "Dê-me a sua mão direita" (0. Executa ambas as ordens corretamente); 1b)

Executa uma ordem complexa como "Coloque a sua mão esquerda na sua orelha direita" (0. Executa a ordem em menos de 10s) ; 2) Repetição das palavras " anel ", " tarte ", " bagagem " (0. Repetição perfeita); 3) Repetição da frase " O rapaz canta na floresta" (0. Repetição perfeita);

07-12-2024 08:00 - Determinar evolução da comunicação

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da comunicação verbal [1x/sessão ou SOS]

10-12-2024 08:00

10-12-2024 08:00 - Sem compromisso de expressão da mensagem [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Sem compromisso na compreensão da mensagem [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Aphasia Rapid Test, instrumento validado para a população portuguesa por Tábuas-Pereira et al. (2018): Pontuação total 0- 1a) Executa as ordens "Abra e feche os olhos" e "Dê-me a sua mão direita" (0. Executa ambas as ordens corretamente); 1b)

Executa uma ordem complexa como "Coloque a sua mão esquerda na sua orelha direita" (0. Executa a ordem em menos de 10s) ; 2) Repetição das palavras " anel ", " tarte ", " bagagem " (0. Repetição perfeita); 3) Repetição da frase " O rapaz canta na floresta" (0. Repetição perfeita).

Sistema respiratório

07-12-2024 08:00

- 07-12-2024 08:00 - Frequência respiratória: 18 ciclos/min.
- 07-12-2024 08:00 - Ritmo respiratório regular.
- 07-12-2024 08:00 - Movimento respiratório simétrico.
- 07-12-2024 08:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.
- 07-12-2024 08:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.
- 07-12-2024 08:00 - Sem adejo nasal.
- 07-12-2024 08:00 - Saturação do oxigénio no sangue
 - 07-12-2024 08:00 - Periférico(a): 97 %.
- 07-12-2024 08:00 - Coloração da mucosa: rosada.
- 07-12-2024 08:00 - Não comunica falta de ar.
- 07-12-2024 08:00 - Reflexo da tosse: presente.
- 07-12-2024 08:00 - Sons respiratórios: normais.

07-12-2024 08:00 - Determinar evolução da ventilação

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da ventilação [1x/sessão ou SOS]

10-12-2024 08:00

- 10-12-2024 08:00 - Frequência respiratória: 18 ciclos/min.
- 10-12-2024 08:00 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].
- 10-12-2024 08:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].
- 10-12-2024 08:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].
- 10-12-2024 08:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].
- 10-12-2024 08:00 - Sem adejo nasal.
- 10-12-2024 08:00 - Saturação do oxigénio no sangue
 - 10-12-2024 08:00 - Periférico(a): 97 %.
- 10-12-2024 08:00 - Coloração da mucosa: rosada.
- 10-12-2024 08:00 - Não comunica falta de ar [MANTEVE].
- 10-12-2024 08:00 - Reflexo da tosse: presente [MANTEVE].
- 10-12-2024 08:00 - Sons respiratórios: normais.

Sistema cardiovascular

07-12-2024 08:00

- 07-12-2024 08:00 - Localização do Pulso
 - 07-12-2024 08:00 - Antebraço Esquerda(o)
 - 07-12-2024 08:00 - Frequência do pulso: 70 pulsações por minuto.
 - 07-12-2024 08:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.
 - 07-12-2024 08:00 - Pulso rítmico.
 - 07-12-2024 08:00 - Pulso simétrico.
- 07-12-2024 08:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea
 - 07-12-2024 08:00 - Membro superior Esquerda(o)
 - 07-12-2024 08:00 - Pressão sanguínea sistólica: 140 mmHg.
 - 07-12-2024 08:00 - Pressão sanguínea diastólica: 80 mmHg.
- 07-12-2024 08:00 - Temperatura das extremidades
 - 07-12-2024 08:00 - Membro superior Esquerda(o): Temperatura das extremidades normal.
- 07-12-2024 08:00 - Coloração das extremidades

07-12-2024 08:00 - Membro superior Esquerda(o): Coloração normal das extremidades.

07-12-2024 08:00 - Tempo de preenchimento capilar: 1 segundos.

07-12-2024 08:00 - Determinar evolução do ritmo cardíaco

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução de sinais de arritmia [1x/sessão ou SOS]

07-12-2024 08:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [1x/sessão ou SOS]

10-12-2024 08:00

10-12-2024 08:00 - Localização do Pulso

10-12-2024 08:00 - Antebraço Esquerda(o)

10-12-2024 08:00 - Frequência do pulso: 72 pulsações por minuto.

10-12-2024 08:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

10-12-2024 08:00 - Pulso rítmico.

10-12-2024 08:00 - Pulso simétrico.

10-12-2024 08:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

10-12-2024 08:00 - Membro superior Esquerda(o)

10-12-2024 08:00 - Pressão sanguínea sistólica: 135 mmHg.

10-12-2024 08:00 - Pressão sanguínea diastólica: 75 mmHg.

10-12-2024 08:00 - Temperatura das extremidades

10-12-2024 08:00 - Membro superior Esquerda(o): Temperatura das extremidades normal [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Coloração das extremidades

10-12-2024 08:00 - Membro superior Esquerda(o): Coloração normal das extremidades [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Tempo de preenchimento capilar: 1 segundos.

Mastigação

07-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Movimentos do ciclo mastigatório normais.

07-12-2024 08:00 - Simetria do ciclo mastigatório

07-12-2024 08:00 - Direita(o): Ciclo mastigatório simétrico.

07-12-2024 08:00 - Esquerda(o): Ciclo mastigatório simétrico.

07-12-2024 08:00 - Duração do ciclo mastigatório: normal (face à consistência dos alimentos) .

07-12-2024 08:00 - Determinar evolução da mastigação

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da mastigação [1x/sessão ou SOS]

10-12-2024 08:00

10-12-2024 08:00 - Movimentos do ciclo mastigatório normais [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Simetria do ciclo mastigatório

10-12-2024 08:00 - Direita(o): Ciclo mastigatório simétrico [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Esquerda(o): Ciclo mastigatório simétrico [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Duração do ciclo mastigatório: normal (face à consistência dos alimentos) [MANTEVE].

Deglutição

07-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Com indícios de compromisso da deglutição.

07-12-2024 08:00 - Gugging Swallowing Screen (GUSS), instrumento validado para a população portuguesa por Ferreira et al. (2018): Teste indireto (score 5) - consegue estar vígil durante pelo menos 15 minutos (vigilância), tosse e pigarrear voluntário duas vezes (tosse e/ou pigarro), deglute a saliva eficazmente, sem sialorreia, ou alterações da voz após a deglutição; Teste direto para semissólido (score 5) - deglutição bem-sucedida, sem tosse involuntária, sialorreia ou alterações da voz; Teste direto para líquido (score 4) - tosse depois da administração dos 20mL água, contudo, deglutição bem-sucedida, sem tosse involuntária, sialorreia ou alterações da voz na administração de água espessada consistência néctar [adequação da viscosidade do líquido, de acordo com os níveis de National Dysphagia Diet (2002)]; Teste direto para sólido (score 5) - deglutição bem-sucedida, sem tosse involuntária, sialorreia ou alterações da voz.

07-12-2024 08:00 - Deglutição comprometida [RESOLVIDO] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Tosse associada à deglutição.

07-12-2024 08:00 - Determinar evolução da deglutição [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da deglutição [1x/sessão ou SOS] [FIM]

10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Prevenir aspiração [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Planear dieta [Sem horário] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Posicionar durante a refeição para facilitar a deglutição [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Posicionar para prevenir a aspiração [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Promover autogestão: deglutição [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Conhecimento sobre adequação da dieta para facilitar a deglutição: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-12-2024 08:00 - Conhecimento sobre adequação da dieta para facilitar a deglutição: facilitador [MELHOROU].

07-12-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre o treino e a promoção da deglutição: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-12-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre o treino e a promoção da deglutição: facilitadora [MELHOROU].

07-12-2024 08:00 - Capacidade para deglutir: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-12-2024 08:00 - Capacidade para deglutir: facilitadora [MELHOROU].

07-12-2024 08:00 - Autoeficácia para deglutir: facilitadora.

10-12-2024 08:00 - Autoeficácia para deglutir: facilitadora [MANTEVE].

07-12-2024 08:00 - Significado atribuído ao treino da deglutição: não dificultador.

10-12-2024 08:00 - Significado atribuído ao treino da deglutição: não dificultador [MANTEVE].

07-12-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre adequação da dieta para facilitar a deglutição [RESOLVIDO] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre adequação da dieta para facilitar a deglutição [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00
07-12-2024 08:00 - Ensinar sobre dieta para facilitar a deglutição [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o treino e a promoção da deglutição [RESOLVIDO] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o treino e a promoção da deglutição [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00
07-12-2024 08:00 - Contratar com cliente experiência indutora da consciencialização [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00
07-12-2024 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre o treino e a promoção da deglutição [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para deglutir [RESOLVIDO] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para deglutir [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00
07-12-2024 08:00 - Instruir técnica de deglutição [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00
07-12-2024 08:00 - Treinar técnica de deglutição [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da autogestão da deglutição [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Promover autogestão: prevenção da aspiração [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Conhecimento sobre prevenção de aspiração: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
10-12-2024 08:00 - Conhecimento sobre prevenção de aspiração: facilitador [MELHOROU].
07-12-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e a deglutição: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
10-12-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e a deglutição: facilitadora [MELHOROU].
07-12-2024 08:00 - Significado atribuído à adequação da dieta: não dificultador.
10-12-2024 08:00 - Significado atribuído à adequação da dieta: não dificultador [MANTEVE].

07-12-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de aspiração [RESOLVIDO] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de aspiração [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00
07-12-2024 08:00 - Ensinar sobre posicionamento facilitador da deglutição [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00
07-12-2024 08:00 - Ensinar sobre prevenção da aspiração [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e a deglutição [RESOLVIDO] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a dieta e a deglutição [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre a dieta e a deglutição [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção da aspiração [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Promover papel do cuidador: prevenção da aspiração [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre adequação da dieta para facilitar a deglutição: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-12-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre adequação da dieta para facilitar a deglutição: facilitador [MELHOROU].

07-12-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de aspiração: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-12-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de aspiração: facilitador [MELHOROU].

10-12-2024 08:00 - Capacidade do cuidador para alimentar: facilitadora.

10-12-2024 08:00 - Autoeficácia do cuidador para alimentar: facilitadora.

07-12-2024 08:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre adequação da dieta para facilitar a deglutição [RESOLVIDO] 10-12-2024 08:00

10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre adequação da dieta para facilitar a deglutição [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Ensinar cuidador sobre dieta para facilitar a deglutição [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de aspiração [RESOLVIDO] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre prevenção de aspiração [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Ensinar cuidador sobre prevenção da aspiração [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Ensinar cuidador sobre inspeção da cavidade oral após as refeições [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Ensinar cuidador sobre posicionamento facilitador da deglutição [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: prevenção da aspiração [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

10-12-2024 08:00

10-12-2024 08:00 - Sem indícios de compromisso da deglutição [MELHOROU].

10-12-2024 08:00 - Gugging Swallowing Screen (GUSS), instrumento validado para a população portuguesa por Ferreira et al. (2018): Teste indireto (score 5) - consegue estar vígil durante pelo menos 15 minutos (vigilância), tosse e pigarrear voluntário duas vezes (tosse e/ou pigarro), deglute a saliva eficazmente, sem sialorreia, ou alterações da voz após a deglutição; Teste direto para semissólido (score 5) - deglutição bem-sucedida, sem tosse involuntária, sialorreia ou alterações da voz; Teste direto para líquido (score 4)- deglutição bem-sucedida, sem tosse involuntária, sialorreia ou alterações da voz na administração de água espessada consistência néctar [adequação da viscosidade do líquido, de acordo com os níveis de National Dysphagia Diet (2002)]; Teste direto para sólido (score 5) - deglutição bem-sucedida, sem tosse involuntária, sialorreia ou alterações da voz.

Eliminação intestinal

07-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais.

07-12-2024 08:00 - Fezes: em moderada quantidade.

07-12-2024 08:00 - Consistência das fezes: Fezes moldadas com superfície lisa.

07-12-2024 08:00 - Coloração das fezes: acastanhada.

07-12-2024 08:00 - Número de defecações por dia: 1.

07-12-2024 08:00 - Ausência de massa palpável de fezes no reto.

07-12-2024 08:00 - Sem sensação de urgência para defecação.

07-12-2024 08:00 - Expulsão controlada de fezes.

07-12-2024 08:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da eliminação intestinal [1x/sessão ou SOS]

10-12-2024 08:00

10-12-2024 08:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Fezes: em moderada quantidade.

10-12-2024 08:00 - Consistência das fezes: Fezes moldadas com superfície lisa.

10-12-2024 08:00 - Coloração das fezes: acastanhada.

10-12-2024 08:00 - Número de defecações por dia: 1.

10-12-2024 08:00 - Ausência de massa palpável de fezes no reto [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Sem sensação de urgência para defecação [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Expulsão controlada de fezes [MANTEVE].

Eliminação urinária

07-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Urina em moderada quantidade.

07-12-2024 08:00 - Cor da urina: incolor.

07-12-2024 08:00 - Cheiro da urina: "sui generis".

07-12-2024 08:00 - Transparência da urina: Límpida.

07-12-2024 08:00 - Frequência da eliminação urinária: normal .

07-12-2024 08:00 - Reconhece a vontade de urinar.

07-12-2024 08:00 - Sensação de esvaziamento completo da bexiga.

07-12-2024 08:00 - Sem globo vesical.

07-12-2024 08:00 - Eliminação urinária involuntária ausente.

07-12-2024 08:00 - Determinar evolução da eliminação urinária

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária [1x/sessão ou SOS]

10-12-2024 08:00

10-12-2024 08:00 - Urina em moderada quantidade.

10-12-2024 08:00 - Cor da urina: incolor.

10-12-2024 08:00 - Cheiro da urina: "sui generis" [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Transparência da urina: Límpida [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Frequência da eliminação urinária: normal [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Reconhece a vontade de urinar [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Sensação de esvaziamento completo da bexiga [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Sem globo vesical [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Eliminação urinária involuntária ausente [MANTEVE].

Pele e mucosas

07-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

07-12-2024 08:00 - Segundo a escala Braden 17/23 - Percepção sensorial (4. Nenhuma limitação); Humidade (4. Pele raramente húmida); Atividade (3. Anda ocasionalmente); Mobilidade (2. Muito limitada); Nutrição (2. Provalmente inadequada); Fricção e forças de deslizamento (2. Problema potencial)

07-12-2024 08:00 - Determinar evolução da integridade dos tecidos

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [1x/sessão ou SOS]

10-12-2024 08:00

10-12-2024 08:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

10-12-2024 08:00 - Segundo a escala Braden 18/23 - Percepção sensorial (4. Nenhuma limitação); Humidade (4. Pele raramente húmida); Atividade (3. Anda ocasionalmente); Mobilidade (2. Muito limitada); Nutrição (3. Adequada); fricção e forças de deslizamento (2. Problema potencial).

Sono

07-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Dormiu por períodos longos.

07-12-2024 08:00 - Sono reparador.

07-12-2024 08:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 8 Hora.

07-12-2024 08:00 - Determinar evolução do sono

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do sono [1x/sessão ou SOS]

10-12-2024 08:00

10-12-2024 08:00 - Sono reparador [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 8 Hora.

Autoconceito

07-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Não revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal.

07-12-2024 08:00 - Não revela pensamentos negativos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho.

07-12-2024 08:00 - Não revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo.

07-12-2024 08:00 - Não desvaloriza as percepções positivas referidas por outras pessoas.

07-12-2024 08:00 - Determinar evolução do autoconceito

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do compromisso no autoconceito [1x/sessão ou SOS]

10-12-2024 08:00

10-12-2024 08:00 - Não revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Não revela pensamentos negativos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Não revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Não desvaloriza as percepções positivas referidas por outras pessoas [MANTEVE].

Emoção

07-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Sem indícios de humor depressivo.

07-12-2024 08:00 - Sem indícios de euforia.

07-12-2024 08:00 - Não verbaliza ansiedade.

07-12-2024 08:00 - Sem manifestação de inquietação.

07-12-2024 08:00 - Sem manifestação de irritabilidade.

07-12-2024 08:00 - Sem manifestação de pânico .

07-12-2024 08:00 - Determinar evolução do humor

10-12-2024 08:00

10-12-2024 08:00 - Sem indícios de humor depressivo [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Sem indícios de euforia [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Não verbaliza ansiedade [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Sem manifestação de inquietação [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Sem manifestação de irritabilidade [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Sem manifestação de pânico [MANTEVE].

Memória

07-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Sem dificuldade em reter nova informação.

07-12-2024 08:00 - Sem dificuldade em recuperar informação.

07-12-2024 08:00 - Sem desorientação face às pessoas.

07-12-2024 08:00 - Sem desorientação no espaço.

07-12-2024 08:00 - Sem desorientação no tempo.

07-12-2024 08:00 - Mini-Mental State Examination adaptado para a população portuguesa por Morgado et al. (2009): 29 pontos (dentro da escala de normalidade em função da escolaridade) - Orientação = 10 pontos; Retenção = 3 pontos; Atenção e Cálculo = 5 pontos; Evocação = 3 pontos; Linguagem: a = 2 pontos, b = 1 ponto, c = 3 pontos, d = 1 ponto, e = 1 ponto; Habilidade Construtiva: 0 pontos).

07-12-2024 08:00 - Determinar evolução da memória

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da memória [1x/sessão ou SOS]

10-12-2024 08:00

10-12-2024 08:00 - Sem dificuldade em reter nova informação.

10-12-2024 08:00 - Sem dificuldade em recuperar informação.

10-12-2024 08:00 - Sem desorientação face às pessoas [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Sem desorientação no espaço [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Sem desorientação no tempo [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Mini-Mental State Examination adaptado para a população portuguesa por Morgado et al. (2009): 29 pontos (dentro da escala de normalidade em função da escolaridade) - Orientação = 10 pontos; Retenção = 3 pontos; Atenção e Cálculo = 5 pontos; Evocação = 3 pontos; Linguagem: a = 2 pontos, b = 1 ponto, c = 3 pontos, d = 1 ponto, e = 1 ponto; Habilidade Construtiva: 0 pontos).

Virar-se

07-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Capaz de mudar de posição na cama

07-12-2024 08:00 - inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama e termina-o posicionando-se.

10-12-2024 08:00

10-12-2024 08:00 - Capaz de mudar de posição na cama

10-12-2024 08:00 - inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama e termina-o posicionando-se.

Erguer-se

07-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Capaz de mobilizar o corpo para a posição vertical

07-12-2024 08:00 - Levanta o corpo para a posição de pé com insegurança.

07-12-2024 08:00 - Levanta o corpo para a posição de pé usando os braços

07-12-2024 08:00 - Erguer-se comprometido [RESOLVIDO] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Determinar evolução do erguer-se [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do erguer-se [1x/sessão ou SOS] [FIM]

10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Assegurar atividades de erguer-se [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Assistir no erguer-se [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Prevenir queda [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [Sem horário] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Promover autonomia para erguer-se [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Consciencialização sobre compromisso no erguer-se: facilitadora.

10-12-2024 08:00 - Consciencialização sobre compromisso no erguer-se: facilitadora [MANTEVE].

07-12-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para erguer-se

07-12-2024 08:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-12-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para erguer-se

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Andarilho - facilitadora.

07-12-2024 08:00 - Capacidade para erguer-se

07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

10-12-2024 08:00 - Capacidade para erguer-se

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Andarilho - facilitadora [MELHOROU].

07-12-2024 08:00 - Autoeficácia para erguer-se

07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Andarilho - facilitadora.

10-12-2024 08:00 - Autoeficácia para erguer-se

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Andarilho - facilitadora [MANTEVE].

07-12-2024 08:00 - Significado atribuído ao uso de dispositivo para erguer-se

07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Andarilho - não dificultador.

10-12-2024 08:00 - Significado atribuído ao uso de dispositivo para erguer-se

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Andarilho - não dificultador [MANTEVE].

07-12-2024 08:00 - Acesso a dispositivos face ao compromisso no erguer-se

07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Andarilho - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

10-12-2024 08:00 - Acesso a dispositivos face ao compromisso no erguer-se

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Andarilho - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

07-12-2024 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para erguer-se [RESOLVIDO]

10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para erguer-se [1x/sessão ou SOS] [FIM]

10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para erguer-se [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para erguer-se [RESOLVIDO] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para erguer-se [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Instruir a erguer-se [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Treinar a erguer-se [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da autonomia para erguer-se [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Promover autogestão: prevenção de quedas [FIM]

10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-12-2024 08:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: facilitador [MELHOROU].

07-12-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda [RESOLVIDO] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de queda [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Ensinar sobre prevenção de quedas [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de quedas [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Promover papel do cuidador: prevenção de queda [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-12-2024 08:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda [RESOLVIDO] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Ensinar cuidador sobre prevenção de queda [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: prevenção de queda [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Promover papel do cuidador: satisfação de necessidades do erguer-se [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no erguer-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-12-2024 08:00 - Capacidade do cuidador para assistir no erguer-se

07-12-2024 08:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-12-2024 08:00 - Autoeficácia do cuidador para assistir no erguer-se

07-12-2024 08:00 - facilitadora.

07-12-2024 08:00 - Acesso do cuidador a dispositivos face ao compromisso no erguer-se

07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Andarilho - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

07-12-2024 08:00 - Potencial do cuidador para melhorar consciencialização sobre potencial de autonomia do cliente no erguer-se [RESOLVIDO] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no erguer-se [1x/sessão ou SOS] [FIM]

10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Analisar com o cuidador o potencial de autonomia do cliente no erguer-se [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Potencial do cuidador para melhorar capacidade para assistir no erguer-se [RESOLVIDO] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para assistir no erguer-se [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Instruir cuidador para assistir no erguer-se [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Treinar cuidador para assistir no erguer-se [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: satisfação de necessidades do erguer-se [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

10-12-2024 08:00

10-12-2024 08:00 - Capaz de mobilizar o corpo para a posição vertical

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Andarilho - Levanta o corpo para a posição de pé em segurança.

Transferir-se

07-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Capaz de mobilizar o corpo entre superfícies próximas

07-12-2024 08:00 - mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma insegura e lentificada.

07-12-2024 08:00 - Transferir-se comprometido [RESOLVIDO] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Determinar evolução do transferir-se [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do transferir-se [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Assegurar atividades de transferir-se [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Assistir no transferir-se [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Prevenir queda [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [Sem horário] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Promover autonomia para transferir-se [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Consciencialização sobre compromisso no transferir-se: facilitadora.

10-12-2024 08:00 - Consciencialização sobre compromisso no transferir-se: facilitadora [MANTEVE].

07-12-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para transferir-se

07-12-2024 08:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-12-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a

autonomia para transferir-se

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Andarilho - facilitadora.

07-12-2024 08:00 - Capacidade para transferir-se

07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-12-2024 08:00 - Capacidade para transferir-se

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Andarilho - facilitadora [MELHOROU].

07-12-2024 08:00 - Autoeficácia para transferir-se

07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Andarilho - facilitadora.

10-12-2024 08:00 - Autoeficácia para transferir-se

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Andarilho - facilitadora [MANTEVE].

07-12-2024 08:00 - Significado atribuído ao uso de dispositivo para transferir-se

07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Andarilho - não dificultador.

10-12-2024 08:00 - Significado atribuído ao uso de dispositivo para transferir-se

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Andarilho - não dificultador [MANTEVE].

07-12-2024 08:00 - Acesso a dispositivos face ao compromisso no transferir-se

07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Andarilho - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

10-12-2024 08:00 - Acesso a dispositivos face ao compromisso no transferir-se

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Andarilho - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

07-12-2024 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para transferir-se [RESOLVIDO]

10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para transferir-se [1x/sessão ou SOS] [FIM]

10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para transferir-se [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para transferir-se [RESOLVIDO] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para transferir-se [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Instruir a transferir-se [1x/sessão ou SOS] [FIM]

10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Treinar a transferir-se [1x/sessão ou SOS] [FIM]

10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da autonomia para transferir-se [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Promover autogestão: prevenção de quedas [FIM]

10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: necessita ser

melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-12-2024 08:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: facilitador [MELHOROU].

07-12-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda [RESOLVIDO] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de queda [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Ensinar sobre prevenção de quedas [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de quedas [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Promover papel do cuidador: satisfação de necessidades do transferir-se [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Capacidade do cuidador para assistir no transferir-se

07-12-2024 08:00 - facilitadora.

07-12-2024 08:00 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no transferir-se: facilitadora.

07-12-2024 08:00 - Capacidade do cuidador para transferir

07-12-2024 08:00 - facilitadora.

07-12-2024 08:00 - Autoeficácia do cuidador para assistir no transferir-se

07-12-2024 08:00 - facilitadora.

07-12-2024 08:00 - Autoeficácia do cuidador para transferir

07-12-2024 08:00 - facilitadora.

07-12-2024 08:00 - Acesso do cuidador a dispositivos face ao compromisso no transferir-se

07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Andarilho - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: satisfação de necessidades de transferir-se [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Promover papel do cuidador: prevenção de queda [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-12-2024 08:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda [RESOLVIDO] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Ensinar cuidador sobre prevenção de queda [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: prevenção de queda [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

10-12-2024 08:00

10-12-2024 08:00 - Capaz de mobilizar o corpo entre superfícies próximas

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Andarilho - mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma segura e pronta.

Sentar-se

07-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de deitado para a posição de sentado

07-12-2024 08:00 - inicia o movimento, mas não o consegue completar.

07-12-2024 08:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de pé para a posição de sentado

07-12-2024 08:00 - inicia o movimento, mas não o consegue completar.

07-12-2024 08:00 - Sentar-se comprometido [RESOLVIDO] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Determinar evolução do sentar-se [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução no sentar-se [1x/sessão ou SOS] [FIM]

10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Assegurar atividades de sentar-se [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Assistir no sentar-se [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Prevenir queda [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [Sem horário] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Promover autonomia para sentar-se [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Consciencialização sobre compromisso no sentar-se: facilitadora.

10-12-2024 08:00 - Consciencialização sobre compromisso no sentar-se: facilitadora [MANTEVE].

07-12-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para sentar-se

07-12-2024 08:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-12-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para sentar-se

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Andarilho - facilitadora.

07-12-2024 08:00 - Capacidade para sentar-se

07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-12-2024 08:00 - Capacidade para sentar-se

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Andarilho - facilitadora [MELHOROU].

07-12-2024 08:00 - Acesso a dispositivos face ao compromisso no sentar-se

07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Andarilho - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

10-12-2024 08:00 - Acesso a dispositivos face ao compromisso no sentar-se

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Andarilho - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

07-12-2024 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para sentar-se [RESOLVIDO]

10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para sentar-se [1x/sessão ou SOS] [FIM]

10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [1x/sessão ou SOS] [FIM]

07-12-2024 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia no sentar-se [1x/sessão ou SOS] [FIM]

07-12-2024 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para sentar-se

[RESOLVIDO] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para sentar-se [1x/sessão ou SOS] [FIM]

07-12-2024 08:00 - Instruir a sentar-se [1x/sessão ou SOS] [FIM]

07-12-2024 08:00 - Treinar o sentar-se [1x/sessão ou SOS] [FIM]

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da autonomia para sentar-se [1x/sessão ou SOS] [FIM]

10-12-2024 08:00

10-12-2024 08:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de deitado para a posição de sentado

10-12-2024 08:00 - modifica de forma pronta e segura a posição do corpo [MELHOROU].

10-12-2024 08:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de pé para a posição de sentado

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Andarilho - baixa de forma pronta e segura a posição do corpo.

Cuidar da higiene pessoal

07-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Obtém objetos para o banho.

07-12-2024 08:00 - Abre a torneira.

07-12-2024 08:00 - Capaz de lavar e secar o corpo

07-12-2024 08:00 - Não lava nem seca o corpo.

07-12-2024 08:00 - Capaz de lavar e secar parte do corpo

07-12-2024 08:00 - Lava e seca parte do corpo.

07-12-2024 08:00 - Lava a cavidade oral.

07-12-2024 08:00 - Aplica produtos de higiene.

07-12-2024 08:00 - Capaz de pentear-se

07-12-2024 08:00 - Penteia-se.

07-12-2024 08:00 - Capaz de cortar as unhas

07-12-2024 08:00 - Corta as unhas.

07-12-2024 08:00 - Limpa-se após usar o sanitário.

07-12-2024 08:00 - Não ajusta a roupa após usar o sanitário.

07-12-2024 08:00 - Cuidar da higiene pessoal comprometido [RESOLVIDO]

10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Determinar evolução do cuidar da higiene pessoal [FIM]

10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do cuidar da higiene pessoal [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Assegurar atividades de higiene pessoal [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Assistir no tomar banho usando dispositivo [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Assistir no uso do sanitário [1x/sessão ou SOS] [FIM]

10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Promover autonomia para cuidar da higiene pessoal [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Consciencialização sobre compromisso no cuidar da higiene pessoal: facilitadora.

10-12-2024 08:00 - Consciencialização sobre compromisso no cuidar da higiene pessoal: facilitadora [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para arranjar-se

10-12-2024 08:00 - facilitadora [MANTEVE].

07-12-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para arranjar-se

07-12-2024 08:00 - facilitadora.

10-12-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Antiderrapante - facilitadora [MELHOROU].

07-12-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho

07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Antiderrapante - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Assento de banheira - facilitadora [MELHOROU].

07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Assento de banheira - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Barra de apoio - facilitadora [MELHOROU].

07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Barra de apoio - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Escova de cabo longo - facilitadora [MELHOROU].

07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Escova de cabo longo - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-12-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para usar sanitário

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Barra de apoio - facilitadora [MELHOROU].

07-12-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para usar sanitário

07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Barra de apoio - necessita ser melhorada para

progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-12-2024 08:00 - Capacidade para arranjar-se

10-12-2024 08:00 - facilitadora [MANTEVE].

07-12-2024 08:00 - Capacidade para arranjar-se

07-12-2024 08:00 - facilitadora.

10-12-2024 08:00 - Capacidade para tomar banho

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Antiderrapante - facilitadora [MELHOROU].

07-12-2024 08:00 - Capacidade para tomar banho

07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Antiderrapante - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Assento de banheira - facilitadora [MELHOROU].

07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Assento de banheira - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Barra de apoio - facilitadora [MELHOROU].

07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Barra de apoio - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Escova de cabo longo - facilitadora [MELHOROU].

07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Escova de cabo longo - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-12-2024 08:00 - Capacidade no uso do sanitário

07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Barra de apoio - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-12-2024 08:00 - Capacidade no uso do sanitário

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Barra de apoio - facilitadora [MELHOROU].

10-12-2024 08:00 - Autoeficácia para arranjar-se

10-12-2024 08:00 - facilitadora [MANTEVE].

07-12-2024 08:00 - Autoeficácia para arranjar-se

07-12-2024 08:00 - facilitadora.

10-12-2024 08:00 - Autoeficácia para tomar banho

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Antiderrapante - facilitadora [MANTEVE].

07-12-2024 08:00 - Autoeficácia para tomar banho

07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Antiderrapante - facilitadora.

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Assento de banheira - facilitadora [MANTEVE].

07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Assento de banheira - facilitadora.

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Barra de apoio - facilitadora [MANTEVE].

07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Barra de apoio - facilitadora.

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Escova de cabo longo - facilitadora [MANTEVE].

07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Escova de cabo longo - facilitadora.

10-12-2024 08:00 - Autoeficácia no uso do sanitário

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Barra de apoio - facilitadora [MANTEVE].

07-12-2024 08:00 - Autoeficácia no uso do sanitário

07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Barra de apoio - facilitadora.

10-12-2024 08:00 - Significado atribuído ao uso de dispositivo para cuidar da

higiene pessoal

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Assento de banheira - não dificultador

[MANTEVE].

07-12-2024 08:00 - Significado atribuído ao uso de dispositivo para cuidar da higiene pessoal

07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Assento de banheira - não dificultador.

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Escova de cabo longo - não dificultador [MANTEVE].

07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Escova de cabo longo - não dificultador.

10-12-2024 08:00 - Acesso a dispositivos face ao compromisso no cuidar da higiene pessoal

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Antiderrapante - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

07-12-2024 08:00 - Acesso a dispositivos face ao compromisso no cuidar da higiene pessoal

07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Antiderrapante - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Assento de banheira - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Assento de banheira - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Escova de cabo longo - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Barra de apoio - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Barra de apoio - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Escova de cabo longo - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

07-12-2024 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho [RESOLVIDO]

10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho (Dispositivos: Barra de apoio, Antiderrapante, Assento de banheira) [1x/sessão ou SOS] [FIM]

10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Contratar com cliente experiência indutora da consciencialização [1x/sessão ou SOS] [FIM]

07-12-2024 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho (Dispositivos: Barra de apoio, Antiderrapante, Assento de banheira) [1x/sessão ou SOS] [FIM]

10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para usar sanitário [RESOLVIDO]

10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para usar sanitário (Dispositivos: Barra de apoio) [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Contratar com cliente experiência indutora da consciencialização [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia no uso do sanitário (Dispositivos: Barra de apoio) [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para tomar banho [RESOLVIDO] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para tomar banho (Dispositivos: Barra de apoio, Antiderrapante, Assento de banheira) [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Instruir a tomar banho (Dispositivos: Barra de apoio, Antiderrapante, Assento de banheira) [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Treinar a tomar banho (Dispositivos: Barra de apoio, Antiderrapante, Assento de banheira) [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Potencial para melhorar capacidade no uso do sanitário [RESOLVIDO] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da capacidade no uso do sanitário [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Instruir a usar sanitário [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Treinar uso do sanitário [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da autonomia para cuidar da higiene pessoal [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Promover papel do cuidador: satisfação das necessidades de higiene pessoal [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no arranjar-se: facilitadora.

07-12-2024 08:00 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no tomar banho: facilitadora.

07-12-2024 08:00 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no uso do sanitário: facilitadora.

07-12-2024 08:00 - Capacidade do cuidador para assistir no tomar banho: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-12-2024 08:00 - Capacidade do cuidador para assistir no uso do sanitário: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-12-2024 08:00 - Capacidade do cuidador para arranjar o cliente: facilitadora.

07-12-2024 08:00 - Capacidade do cuidador para dar banho

07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Antiderrapante - facilitadora.

07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Assento de banheira - facilitadora.

07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Barra de apoio - facilitadora.

07-12-2024 08:00 - Autoeficácia do cuidador para assistir no tomar banho: facilitadora.

07-12-2024 08:00 - Autoeficácia do cuidador para dar banho

07-12-2024 08:00 - facilitadora.

07-12-2024 08:00 - Acesso do cuidador a dispositivos face ao compromisso no cuidar da higiene pessoal

07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Antiderrapante - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Assento de banheira - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Barra de apoio - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

07-12-2024 08:00 - Acesso do cuidador a apoio social para cuidar da higiene: refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao apoio social.

07-12-2024 08:00 - Potencial do cuidador para melhorar capacidade para assistir no tomar banho [RESOLVIDO] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para assistir no tomar banho [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Instruir cuidador para assistir no tomar banho [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Treinar cuidador para assistir no tomar banho [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Potencial do cuidador para melhorar capacidade para assistir no uso do sanitário [RESOLVIDO] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para assistir no uso do sanitário [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Instruir cuidador para assistir no uso do sanitário [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Treinar cuidador para assistir no uso do sanitário [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: satisfação das necessidades de higiene pessoal [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

10-12-2024 08:00

10-12-2024 08:00 - Obtém objetos para o banho [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Abre a torneira [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Capaz de lavar e secar o corpo

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Assento de banheira - Lava e seca o corpo.

10-12-2024 08:00 - Capaz de lavar e secar parte do corpo

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Escova de cabo longo - Lava e seca parte do corpo.

- 10-12-2024 08:00 - Lava a cavidade oral [MANTEVE].
- 10-12-2024 08:00 - Aplica produtos de higiene [MANTEVE].
- 10-12-2024 08:00 - Capaz de pentear-se
 - 10-12-2024 08:00 - Penteia-se [MANTEVE].
- 10-12-2024 08:00 - Capaz de cortar as unhas
 - 10-12-2024 08:00 - Corta as unhas [MANTEVE].
- 10-12-2024 08:00 - Limpa-se após usar o sanitário [MANTEVE].
- 10-12-2024 08:00 - Ajusta a roupa após usar o sanitário [MELHOROU].

Vestir-se ou despir-se

07-12-2024 08:00

- 07-12-2024 08:00 - Escolhe as roupas.
- 07-12-2024 08:00 - Retira roupa da gaveta ou armário.
- 07-12-2024 08:00 - Capaz de vestir-se
 - 07-12-2024 08:00 - Veste a roupa da parte superior e não veste a roupa da parte inferior do corpo.
- 07-12-2024 08:00 - Capaz de abotoar-se
 - 07-12-2024 08:00 - Abotoa.
- 07-12-2024 08:00 - Capaz de atar cordões
 - 07-12-2024 08:00 - Não ata cordões.
- 07-12-2024 08:00 - Capaz de calçar meias
 - 07-12-2024 08:00 - Não calça as meias.

07-12-2024 08:00 - Vestir-se ou despir-se comprometido [RESOLVIDO] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Determinar evolução do vestir-se ou despir-se [FIM]

10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do vestir-se ou despir-se [1x/sessão ou SOS]
[FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Assegurar atividades do vestir-se ou despir-se [FIM]

10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Assistir no vestir-se ou despir-se usando dispositivo [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Promover autonomia para vestir-se ou despir-se [FIM]

10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Consciencialização sobre compromisso no vestir-se ou despir-se: facilitadora.

10-12-2024 08:00 - Consciencialização sobre compromisso no vestir-se ou despir-se: facilitadora [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para vestir-se ou despir-se

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Calça/tira meias - facilitadora [MELHOROU].

07-12-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para vestir-se ou despir-se

07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Calça/tira meias - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

- 10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Calçadeira de cabo longo - facilitadora [MELHOROU].
- 07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Calçadeira de cabo longo - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
- 10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Cordões elásticos - facilitadora [MELHOROU].
- 07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Cordões elásticos - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
- 10-12-2024 08:00 - Capacidade para vestir-se ou despir-se
- 10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Calça/tira meias - facilitadora [MELHOROU].
- 07-12-2024 08:00 - Capacidade para vestir-se ou despir-se
- 07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Calça/tira meias - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
- 10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Calçadeira de cabo longo - facilitadora [MELHOROU].
- 07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Calçadeira de cabo longo - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
- 10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Cordões elásticos - facilitadora [MELHOROU].
- 07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Cordões elásticos - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
- 10-12-2024 08:00 - Autoeficácia para vestir-se ou despir-se
- 10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Calça/tira meias - facilitadora [MANTEVE].
- 07-12-2024 08:00 - Autoeficácia para vestir-se ou despir-se
- 07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Calça/tira meias - facilitadora.
- 10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Calçadeira de cabo longo - facilitadora [MANTEVE].
- 07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Calçadeira de cabo longo - facilitadora.
- 10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Cordões elásticos - facilitadora [MANTEVE].
- 07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Cordões elásticos - facilitadora.
- 10-12-2024 08:00 - Significado atribuído ao uso de dispositivo para vestir-se ou despir-se
- 10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Calça/tira meias - não dificultador [MANTEVE].
- 07-12-2024 08:00 - Significado atribuído ao uso de dispositivo para vestir-se ou despir-se
- 07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Calça/tira meias - não dificultador.
- 10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Calçadeira de cabo longo - não dificultador [MANTEVE].
- 07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Calçadeira de cabo longo - não dificultador.
- 10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Cordões elásticos - não dificultador [MANTEVE].
- 07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Cordões elásticos - não dificultador.
- 07-12-2024 08:00 - Acesso a dispositivos face ao compromisso no vestir-se ou despir-se
- 07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Calça/tira meias - tem disponibilidade financeira, mas não sabe como aceder ao dispositivo aquando no domicílio.
- 10-12-2024 08:00 - Acesso a dispositivos face ao compromisso no vestir-se ou

despir-se

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Calça/tira meias - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Calçadeira de cabo longo - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Calçadeira de cabo longo - tem disponibilidade financeira, mas não sabe como aceder ao dispositivo aquando no domicílio.

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Cordões elásticos - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Cordões elásticos - tem disponibilidade financeira, mas não sabe como aceder ao dispositivo aquando no domicílio.

07-12-2024 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para vestir-se ou despir-se

[RESOLVIDO] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para vestir-se ou despir-se [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Contratar com cliente experiência indutora da consciencialização [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para vestir-se ou despir-se [1x/sessão ou SOS] [FIM]

10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para vestir-se ou despir-se **[RESOLVIDO]** 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para vestir-se ou despir-se [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Instruir a vestir-se ou despir-se [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Treinar vestir-se ou despir-se [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Potencial para melhorar o acesso aos dispositivos aconselhados **[RESOLVIDO]** 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do acesso a dispositivos face ao compromisso no vestir-se ou despir-se [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Ensinar sobre acesso a dispositivos [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Providenciar os dispositivos aconselhados [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Referenciar ao serviço social o compromisso no acesso a dispositivos [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da autonomia para vestir-se ou despir-se [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Promover papel do cuidador: satisfação das necessidades

do vestir-se ou despir-se [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no vestir-se ou despir-se: facilitadora.

07-12-2024 08:00 - Capacidade do cuidador para assistir no vestir-se ou despir-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-12-2024 08:00 - Capacidade do cuidador para vestir/despir: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-12-2024 08:00 - Autoeficácia do cuidador para vestir/despir: facilitadora.

07-12-2024 08:00 - Potencial do cuidador para melhorar capacidade para assistir no vestir-se ou despir-se [RESOLVIDO] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para assistir no vestir-se ou despir-se [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Instruir cuidador para assistir no vestir-se ou despir-se [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Treinar cuidador para assistir no vestir-se ou despir-se [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Potencial do cuidador para melhorar capacidade para vestir/despir [RESOLVIDO] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para vestir/despir [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Instruir cuidador para vestir/despir [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Treinar cuidador para vestir/despir [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: satisfação das necessidades do vestir-se ou despir-se [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

10-12-2024 08:00

10-12-2024 08:00 - Escolhe as roupas [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Retira roupa da gaveta ou armário [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Capaz de vestir-se

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Calça/tira meias - Veste todas as peças de roupa.

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Calçadeira de cabo longo - Veste todas as peças de roupa.

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Cordões elásticos - Veste todas as peças de roupa.

10-12-2024 08:00 - Capaz de abotoar-se

10-12-2024 08:00 - Abotoa [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Capaz de atar cordões

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Cordões elásticos - Ata cordões.

10-12-2024 08:00 - Capaz de calçar meias

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Calça/tira meias - Calça as meias.

Andar

07-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Capaz de mover-se através da marcha

07-12-2024 08:00 - marcha lenta e insegura em pequenas distâncias planas.

07-12-2024 08:00 - Avaliação de ambos os membros separadamente, através de análise do ciclo de marcha: - Tomando como referência o membro inferior esquerdo, na fase de aceitação do peso, o contato inicial ocorre com o calcanhar. No pré-balanço, observa-se o desprendimento do calcanhar do solo. No balanço inicial, o membro inferior inicia o movimento para a frente para levantar o pé, no balanço médio, o pé mantém-se elevado para evitar contacto com o solo e na fase final, o membro inferior prepara-se para o contacto inicial com o solo. - Tomando como referência o membro inferior direito, na fase de aceitação do peso, o contato inicial ocorre com o pé plano. No pré-balanço, não se observa o desprendimento do calcanhar do solo. No balanço inicial, médio e final, o pé arrasta frequentemente no solo e o quadril e joelho mantêm-se fletidos. O pescoço encontra-se tendencialmente fletido durante o ciclo, uma vez que o olhar é preferencialmente direcionado para o chão. Os ombros permanecem relaxados. Os braços ficam junto ao corpo, sem movimento de pêndulo alternado em coordenação ipsilateral aos membros inferiores. O tronco mantém ligeira inclinação anterior durante o ciclo.

07-12-2024 08:00 - Timed UP and GO - tempo para percorrer 3m - 1min 46s

07-12-2024 08:00 - Teste de Tinetti, adaptado à população portuguesa por Petiz (2002):

Marcha - Score 4/12 10- Iniciação da marcha (1. sem hesitação); 11- Comprimento e altura do passo (a- Perna direita em balanceio- 0. não passa o membro esquerdo; 0. Pé direito não se afasta completamente do solo com o passo) ; (b- Perna esquerda em balanceio- 0. Não passa o membro direito; 1. Pé esquerdo afasta-se completamente do solo) ; 12- Simetria do passo (0. passos direito e esquerdo desiguais); 13- Continuidade do passo (0. Parada ou descontinuidade entre passos); 14- Desvio da linha reta (1. Desvio leve ou moderado ou usa dispositivo de auxílio à marcha); 15- Tronco (0. Oscilação marcada ou usa dispositivo de auxílio à marcha); 16- Base de apoio (1. Calcanhares quase se tocam durante a marcha).

07-12-2024 08:00 - Andar comprometido

07-12-2024 08:00 - Determinar evolução do andar

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do andar [1x/sessão ou SOS]

07-12-2024 08:00 - Prevenir queda

07-12-2024 08:00 - Assistir no andar [1x/sessão ou SOS]

07-12-2024 08:00 - Adequar o vestuário para prevenir queda [Sem horário]

07-12-2024 08:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [Sem horário]

07-12-2024 08:00 - Promover autonomia para andar

07-12-2024 08:00 - Consciencialização sobre compromisso no andar: facilitadora.

10-12-2024 08:00 - Consciencialização sobre compromisso no andar: facilitadora [MANTEVE].

07-12-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar

07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-12-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Andarilho - facilitadora [MELHOROU].

07-12-2024 08:00 - Capacidade para andar

07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-12-2024 08:00 - Capacidade para andar

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Andarilho - facilitadora [MELHOROU].

07-12-2024 08:00 - Autoeficácia para andar

07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Andarilho - facilitadora.

10-12-2024 08:00 - Autoeficácia para andar

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Andarilho - facilitadora [MANTEVE].

07-12-2024 08:00 - Significado atribuído ao uso de auxiliar de marcha

07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Andarilho - não dificultador.

10-12-2024 08:00 - Significado atribuído ao uso de auxiliar de marcha

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Andarilho - não dificultador [MANTEVE].

07-12-2024 08:00 - Acesso a dispositivos face ao compromisso no andar

07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Andarilho - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

10-12-2024 08:00 - Acesso a dispositivos face ao compromisso no andar

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Andarilho - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

07-12-2024 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar [RESOLVIDO]

10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar [1x/sessão ou SOS] [FIM]

10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [1x/sessão ou SOS] [FIM]

07-12-2024 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar [1x/sessão ou SOS] [FIM]

07-12-2024 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para andar [RESOLVIDO]

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para andar [1x/sessão ou SOS] [FIM]

07-12-2024 08:00 - Instruir a andar [1x/sessão ou SOS] [FIM]

07-12-2024 08:00 - Treinar o andar [1x/sessão ou SOS] [FIM]

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da autonomia para andar [1x/sessão ou SOS]

07-12-2024 08:00 - Promover autogestão: prevenção de quedas

07-12-2024 08:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-12-2024 08:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: facilitador [MELHOROU].

07-12-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda [RESOLVIDO]

10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de queda [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Ensinar sobre prevenção de quedas [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de quedas [1x/sessão ou SOS]

07-12-2024 08:00 - Promover papel do cuidador: prevenção de queda

07-12-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-12-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: facilitador [MELHOROU].

07-12-2024 08:00 - Capacidade do cuidador para assistir no andar

07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-12-2024 08:00 - Capacidade do cuidador para assistir no andar

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Andarilho - facilitadora [MELHOROU].

07-12-2024 08:00 - Autoeficácia do cuidador para assistir no andar

07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Andarilho - facilitadora.

10-12-2024 08:00 - Autoeficácia do cuidador para assistir no andar

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Andarilho - facilitadora [MANTEVE].

07-12-2024 08:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda [RESOLVIDO] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Ensinar cuidador sobre prevenção de queda [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Potencial do cuidador para melhorar capacidade para assistir no andar [RESOLVIDO] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para assistir no andar [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Instruir cuidador para assistir no andar [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Treinar cuidador para assistir no andar [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: prevenção de queda [1x/sessão ou SOS]

07-12-2024 08:00 - Promover papel do cuidador: satisfação de necessidades de mobilidade

07-12-2024 08:00 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no andar: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-12-2024 08:00 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no andar: facilitadora [MELHOROU].

07-12-2024 08:00 - Acesso do cuidador a dispositivos face ao compromisso no andar

07-12-2024 08:00 - Dispositivo: Andarilho - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

10-12-2024 08:00 - Acesso do cuidador a dispositivos face ao compromisso no andar

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Andarilho - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

07-12-2024 08:00 - Potencial do cuidador para melhorar consciencialização sobre potencial de autonomia do cliente no andar

[RESOLVIDO] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no andar [1x/sessão ou SOS] [FIM]

10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Analisar com o cuidador o potencial de autonomia do cliente no andar [1x/sessão ou SOS] [FIM] 10-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: satisfação de necessidades de mobilidade [1x/sessão ou SOS]

10-12-2024 08:00

10-12-2024 08:00 - Capaz de mover-se através da marcha

10-12-2024 08:00 - Dispositivo: Andarilho - marcha lenta e insegura em plano inclinado.

10-12-2024 08:00 - Avaliação de ambos os membros separadamente, através de análise do ciclo de marcha: - Tomando como referência o membro inferior esquerdo, na fase de aceitação do peso, o contato inicial ocorre com o calcanhar. No pré-balanço, observa-se o desprendimento do calcanhar do solo. No balanço inicial, o membro inferior inicia o movimento para a frente para levantar o pé, no balanço médio, o pé mantém-se elevado para evitar contacto com o solo e na fase final, o membro inferior prepara-se para o contacto inicial com o solo. - Tomando como referência o membro inferior direito, na fase de aceitação do peso, o contato inicial ocorre com o calcanhar. No pré-balanço, o pé sai completamente do solo. No balanço inicial, médio e final, o pé levanta completamente do solo embora o quadril e joelho mantenham uma flexão limitada. - O pescoço encontra-se em posição neutra e o olhar direcionado preferencialmente para a frente. Os ombros permanecem relaxados. Os braços ficam junto ao corpo e ocorre o movimento de pêndulo alternado em coordenação ipsilateral aos membros inferiores. O tronco não tem inclinação anterior.

10-12-2024 08:00 - Timed Up and Go- tempo para percorrer 3m- 1 min 10s.

10-12-2024 08:00 - Teste de Tinetti, adaptado à população portuguesa por Petiz (2002):
Marcha-Score 5/12 10-Iniciação da marcha (1. sem hesitação); 11-Comprimento e altura do passo (a-Perna direita em balanceio (0. não passa o membro esquerdo); (1. Pé direito afasta-se completamente do solo com o passo) ; (b- Perna esquerda em balanceio (0. Não passa o membro direito); (1. Pé esquerdo afasta-se completamente do solo) ; 12-Simetria do passo (0. passos direito e esquerdo desiguais); 13- Continuidade do passo (0. Parada ou descontinuidade entre passos); 14- Desvio da linha reta (1. Desvio leve ou moderado ou usa dispositivo de auxílio à marcha); 15-Tronco (0. Oscilação marcada ou usa dispositivo de

auxílio à marcha); 16-Base de apoio (1. Calcanhares quase se tocam durante a marcha).

Alimentar-se

07-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Capaz de levar os alimentos à boca/sonda de alimentação

07-12-2024 08:00 - Leva os alimentos à boca / sonda de alimentação.

07-12-2024 08:00 - Capaz de preparar os alimentos para a refeição

07-12-2024 08:00 - Prepara os alimentos para a refeição.

07-12-2024 08:00 - Capaz de organizar os alimentos para a refeição

07-12-2024 08:00 - Organiza os alimentos para a refeição.

07-12-2024 08:00 - Determinar evolução do alimentar-se

07-12-2024 08:00 - *Avaliar evolução do alimentar-se [1x/sessão ou SOS]*

10-12-2024 08:00

10-12-2024 08:00 - Capaz de levar os alimentos à boca/sonda de alimentação

10-12-2024 08:00 - Leva os alimentos à boca / sonda de alimentação [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Capaz de preparar os alimentos para a refeição

10-12-2024 08:00 - Prepara os alimentos para a refeição [MANTEVE].

10-12-2024 08:00 - Capaz de organizar os alimentos para a refeição

10-12-2024 08:00 - Organiza os alimentos para a refeição [MANTEVE].

Autogestão do regime medicamentoso

07-12-2024 08:00

07-12-2024 08:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

07-12-2024 08:00 - Organiza a medicação conforme horário.

07-12-2024 08:00 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

07-12-2024 08:00 - Prepara a medicação conforme a dose.

07-12-2024 08:00 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

07-12-2024 08:00 - Administra a medicação pela via adequada.

07-12-2024 08:00 - Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância

07-12-2024 08:00 - Ajusta a medicação de acordo com autovigilância.

07-12-2024 08:00 - Capaz de armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas

07-12-2024 08:00 - Armazena a medicação de acordo com as recomendações.

10-12-2024 08:00

10-12-2024 08:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

10-12-2024 08:00 - Organiza a medicação conforme horário.

10-12-2024 08:00 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

10-12-2024 08:00 - Prepara a medicação conforme a dose.

10-12-2024 08:00 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

10-12-2024 08:00 - Administra a medicação pela via adequada.

10-12-2024 08:00 - Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância

10-12-2024 08:00 - Ajusta a medicação de acordo com autovigilância.

10-12-2024 08:00 - Capaz de armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas

10-12-2024 08:00 - Armazena a medicação de acordo com as recomendações.

Padrão alimentar**07-12-2024 08:00**

- 07-12-2024 08:00 - Número de refeições diárias: 5.
- 07-12-2024 08:00 - Ingestão de gorduras adequadamente integrada no padrão alimentar.
- 07-12-2024 08:00 - Ingestão de vegetais/fruta adequadamente integrada no padrão alimentar.
- 07-12-2024 08:00 - Ingestão de hidratos de carbono adequadamente integrado no padrão alimentar.
- 07-12-2024 08:00 - Ingestão de potássio adequadamente integrado no padrão alimentar.
- 07-12-2024 08:00 - Ingestão de sal adequadamente integrado no padrão alimentar.
- 07-12-2024 08:00 - Défice de ingestão de líquidos face ao regime dietético aconselhado.
- 07-12-2024 08:00 - Ingestão calórica adequadamente integrada no padrão alimentar.
- 07-12-2024 08:00 - Ingestão de proteínas adequadamente integrado no padrão alimentar.
- 07-12-2024 08:00 - Não ingere alimentos específicos desaconselhados.

10-12-2024 08:00

- 10-12-2024 08:00 - Número de refeições diárias: 5.
- 10-12-2024 08:00 - Ingestão de gorduras adequadamente integrada no padrão alimentar.
- 10-12-2024 08:00 - Ingestão de vegetais/fruta adequadamente integrada no padrão alimentar.
- 10-12-2024 08:00 - Ingestão de hidratos de carbono adequadamente integrado no padrão alimentar.
- 10-12-2024 08:00 - Ingestão de potássio adequadamente integrado no padrão alimentar.
- 10-12-2024 08:00 - Ingestão de sal adequadamente integrado no padrão alimentar.
- 10-12-2024 08:00 - Ingestão de líquidos adequadamente integrada no padrão alimentar.
- 10-12-2024 08:00 - Ingestão calórica adequadamente integrada no padrão alimentar.
- 10-12-2024 08:00 - Ingestão de proteínas adequadamente integrado no padrão alimentar.
- 10-12-2024 08:00 - Não ingere alimentos específicos desaconselhados.

3.6. Especificação das intervenções**Ensinar sobre prevenção de quedas**

- Informar a pessoa que no sentido de prevenir quedas, deve atender às seguintes precauções básicas: a) iluminação deve ser adequada, com luz de presença; b) remoção de barreiras e obstáculos no percurso de marcha; c) piso limpo e seco; d) manter equipamentos e materiais fora da área de circulação (móveis, cabos, vasos, entre outros); e) sapatos e vestuário adequados à marcha (não deve usar roupa demasiado larga nem comprida); f) os sapatos devem ser com sola dura, antiderrapante, preferencialmente sem cordões e fechados; g) ajudas sensoriais acessíveis (óculos, aparelhos auditivos); h) dispositivo de apoio à marcha (andarilho) disponível em condições de utilização segura e acessível; i) dispositivos de segurança (ex: corrimãos, barras de apoio aos sanitários) disponíveis e acessíveis e em condições de utilização segura (DGS, 2019).

Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-assistido

- Solicitar à pessoa flexão e extensão do ombro esquerdo, enquanto o EEER assiste o movimento. 8 repetições; 1 série.
- Solicitar à pessoa flexão e extensão do ombro direito, enquanto o EEER assiste o movimento. 8 repetições; 1 série.
- Solicitar à pessoa a abdução e adução do ombro esquerdo, enquanto o EEER assiste o movimento. 8 repetições; 1 série.
- Solicitar à pessoa a abdução e adução do ombro direito, enquanto o EEER assiste o movimento. 8 repetições; 1 série.
- Solicitar à pessoa hiperextensão do ombro esquerdo, enquanto o EEER assiste o movimento. 8 repetições; 1 série.
- Solicitar à pessoa hiperextensão do ombro direito, intensidade; enquanto o EEER assiste o movimento. 8 repetições; 1 série.
- Solicitar à pessoa flexão e extensão do cotovelo esquerdo, enquanto o EEER assiste o movimento. 8 repetições; 1 série.
- Solicitar à pessoa flexão e extensão do cotovelo direito, enquanto o EEER assiste o movimento. 8 repetições; 1 série.
- Solicitar à pessoa pronação e supinação do antebraço esquerdo, enquanto o EEER assiste o movimento. 8 repetições; 1 série.
- Solicitar à pessoa pronação e supinação do antebraço direito, enquanto o EEER assiste o movimento. 8 repetições; 1 série.
- Solicitar à pessoa flexão e extensão do punho esquerdo, enquanto o EEER assiste o movimento. 8 repetições; 1 série.
- Solicitar à pessoa flexão e extensão do punho direito, enquanto o EEER assiste o movimento. 8 repetições; 1 série.
- Solicitar à pessoa desvio radial e desvio cubital do punho esquerdo, enquanto o EEER assiste o movimento. 8 repetições; 1 série.
- Solicitar à pessoa desvio radial e desvio cubital do punho direito, enquanto o EEER assiste o movimento. 8 repetições; 1 série.
- Solicitar à pessoa a flexão e extensão dos dedos da mão esquerda, enquanto o EEER assiste o movimento. 8 repetições; 1 série.
- Solicitar à pessoa a flexão e extensão dos dedos da mão direita, enquanto o EEER assiste o movimento. 8 repetições; 1 série.
- Solicitar à pessoa a abdução e adução dos dedos da esquerda, enquanto o EEER assiste o movimento. 8 repetições; 1 série.
- Solicitar à pessoa a abdução e adução dos dedos da mão direita, enquanto o EEER assiste o movimento. 8 repetições; 1 série.
- Solicitar à pessoa para realizar oponência do polegar esquerdo, enquanto o EEER assiste o movimento. 8 repetições; 1 série.
- Solicitar à pessoa para realizar oponência do polegar direito, enquanto o EEER assiste o movimento. 8 repetições; 1 série.
- Solicitar à pessoa flexão e extensão alternada da anca esquerda, enquanto o EEER assiste o movimento. 8 repetições; 1 série.

- Solicitar à pessoa flexão e extensão alternada da anca direita, enquanto o EEER assiste o movimento. 8 repetições; 1 série
- Solicitar à pessoa abdução e adução alternada da anca esquerda, enquanto o EEER assiste o movimento. 8 repetições; 1 série.
- Solicitar à pessoa abdução e adução alternada da anca direita, enquanto o EEER assiste o movimento. 8 repetições; 1 série.
- Solicitar à pessoa rotação interna e rotação externa alternada da anca esquerda, enquanto o EEER assiste o movimento. 8 repetições; 1 série.
- Solicitar à pessoa rotação interna e rotação externa alternada da anca direita, enquanto o EEER assiste o movimento. 8 repetições; 1 série.
- Solicitar à pessoa flexão e extensão do joelho esquerdo, enquanto o EEER assiste o movimento. 8 repetições; 1 série.
- Solicitar à pessoa flexão e extensão do joelho direito, enquanto o EEER assiste o movimento. 8 repetições; 1 série.
- Solicitar à pessoa dorsiflexão e flexão plantar do pé esquerdo, enquanto o EEER assiste o movimento. 8 repetições; 1 série.
- Solicitar à pessoa dorsiflexão e flexão plantar do pé direito, enquanto o EEER assiste o movimento. 8 repetições; 1 série.
- Solicitar à pessoa inversão e eversão do pé esquerdo, enquanto o EEER assiste o movimento. 8 repetições; 1 série.
- Solicitar à pessoa inversão e eversão do pé direito, enquanto o EEER assiste o movimento. 8 repetições; 1 série.
- Solicitar à pessoa flexão e extensão dos dedos dos pés, enquanto o EEER assiste o movimento. 8 repetições; 1 série (NSCA, 2019).

Executar técnica de treino do equilíbrio dinâmico

- Solicitar à pessoa, sentada na lateral da cama, inclinação lateral (esquerda e direita) do tronco, sem apoio de braços; 8 repetições; 1 série.
- Solicitar à pessoa, sentada na lateral da cama, flexão (anterior e posterior) do tronco, sem apoio de braços; 8 repetições; 1 série.
- Solicitar à pessoa para estabilizar a posição do corpo após impressão de pequenos desequilíbrios num ambiente controlado, empurrando-a levemente a nível antero-posterior e latero-lateral; 8 repetições; 1 série.
- Solicitar à pessoa, sentada na cadeira, para colocar as mãos entrelaçadas sobre uma bola e rodar o máximo que conseguir para a frente, para trás e para os lados; 8 repetições; 1 série.
- Solicitar à pessoa, sentada na cadeira, a realização da facilitação cruzada, realizando movimentos de flexão e extensão do tronco e lateralização; 8 repetições; 1 série.
- Solicitar à pessoa, para se colocar de pé em frente à cadeira, dar uma mão de cada vez ao EEER e balancear para a esquerda e para a direita, fletindo os joelhos e fazendo carga nos membros inferiores; 8 repetições; 1 série (Araújo et al., 2021).

Posicionar durante a refeição para facilitar a deglutição

- Executar posicionamento na cadeira, realizando a refeição à mesa, com o correto

alinhamento da cabeça, tronco e extremidades. Os pés devem estar apoiados no chão (ou apoio de pés), a região lombar deve estar apoiada nas costas da cadeira e a pélvis em posição neutra (Araújo et al., 2021).

Instruir exercícios músculo-articulares

- Demonstrar à pessoa exercícios músculo-articulares ativos-resistidos dos principais grupos musculares dos membros superiores: bicípites (sentada, membro superior em supinação, com um halter de peso confortável, efetuar flexão e extensão do antebraço); tricípites (sentada, com halter de peso confortável, fazer a extensão do membro superior); deltoide (com halteres de peso confortável realizar abdução/adução dos membros superiores e elevação diagonal); 3x semana; 8-12 repetições; 1-3 séries; intensidade leve (2-4) a moderada (5-6) na Escala de Borg modificada; progressão gradual conforme tolerância em volume e intensidade (Fragala et al., 2019).
- Demonstrar à pessoa exercícios músculo-articulares ativos-resistidos dos principais grupos musculares dos membros inferiores: flexores da anca (iliopsoas e o reto femoral), extensores da anca (grande glúteo, isquiotibiais), flexores do joelho (gastrocnémio, isquiotibiais) e extensores do joelho (quadrícipite femoral) - em pé com as mãos agarradas à beira da cama deve realizar flexão da anca, com flexão do joelho com pernas e depois extensão de ambas as articulações; abdutores (médio glúteo; pequeno glúteo e tensor da fáscia lata) e rotadores externos (grande glúteo; sartório, piriforme, obturador externo e interno, quadrado femoral, gêmeo pélvico superior e inferior) - em pé com as mãos agarradas à beira da cama realizar - adução e abdução da perna com elástico de baixa resistência; 3x semana; 8-12 repetições; 1-3 séries; intensidade leve (2-4) a moderada (5-6) na Escala de Borg modificada; progressão gradual conforme tolerância em volume e intensidade (Fragala et al., 2019).
- Demonstrar à pessoa exercícios músculo-articulares bilaterais de cadeia cinética fechada: levantar e sentar; 3x semana; 8-12 repetições; 1-3 séries; progressão gradual em volume conforme tolerância (Fragala et al., 2019).
- Demonstrar à pessoa exercícios musculo-articulares ativo-resistidos da articulação tibiotársica: a flexão plantar e dorsiflexão com a utilização de um elástico de baixa resistência, respeitando o arco de movimento indolor; solicitar à pessoa inversão e eversão do pé, com a utilização de um elástico de baixa resistência; 3x semana; 8-12 repetições; 1-3 séries; intensidade leve (2-4) a moderada (5-6) na Escala de Borg; progressão gradual conforme tolerância em volume e intensidade (Fragala et al., 2019).
- Demonstrar à pessoa flexão e extensão dos dedos dos pés, com a utilização de um elástico de baixa resistência; 3x semana; 8-12 repetições; 1-3 séries; intensidade leve (2-4) a moderada (5-6) na Escala de Borg; progressão gradual conforme tolerância em volume e intensidade (Fragala et al., 2019).

Instruir o treino do equilíbrio dinâmico

- Demonstrar à pessoa a apoiar-se numa superfície estável e firme (por exemplo mesa do jantar), a realizar a flexão/extensão, adução/abdução da anca, agachamentos, flexão/extensão do joelho, a levantar a ponta dos pés do chão e a ficar apoiada nos calcanhares, levantar o calcanhar do chão e ficar em “bicos de pé”; com os pés assentes

no chão realizar a flexão/extensão, adução e abdução do ombro, flexão/extensão do cotovelo ao mesmo tempo; numa cadeira estável, levantar e sentar; 3x dia; 10 repetições (Ribeiro, 2021).

Instruir a transferir-se

- Demonstrar a pessoa a transferir-se entre duas superfícies usando o andarilho: depois de erguer-se, levantar-se e apoiar os pés no chão, segurando posteriormente o andarilho; o andarilho deve avançar para a frente, de seguida o MID e, posteriormente, o MIE (técnica de marcha com andarilho); por fim, sentar-se (Ribeiro, 2021).

Instruir a andar

- Demonstrar à pessoa sobre como ajustar corretamente o auxiliar de marcha e condições de segurança.
- Demonstrar à pessoa que o andarilho deve ser posicionado levemente a frente do corpo da pessoa para uma base de suporte estável, e a sua altura deve ser ajustada de forma que apresente um ângulo entre 15° e 30° de flexão em relação aos cotovelos (Porto et al., 2021).
- Demonstrar à pessoa que deve ter sempre em atenção que as quatro borrachas do auxiliar de marcha devem estar sempre integras (Porto et al., 2021).
- Demonstrar à pessoa sobre andar com auxiliar de marcha (andarilho): O andarilho deve avançar para a frente, de seguida o MID e, posteriormente, o MIE (técnica de marcha com andarilho) (Porto et al., 2021).

Instruir cuidador para assistir no erguer-se

- Demonstrar ao cuidador que a pessoa cuidada ao erguer-se deve: sentada, com os joelhos fletidos a 90°, realizar flexão anterior do tronco, iniciar o movimento com perda de contato entre o assento, até ao pico de verticalidade do tronco (Pelicioni et al., 2015);
- Demonstrar ao cuidador que a pessoa deve usar o andarilho, e que o mesmo se deve encontrar em alcance funcional para acomodar défices do equilíbrio/postura, e deve segurá-lo com as duas mãos (Pelicioni et al., 2015).

Instruir a erguer-se

- Demonstrar a pessoa a erguer-se: sentada, com os joelhos fletidos a 90°, realizar flexão anterior do tronco e iniciar o movimento com perda de contato entre o assento, até ao pico de verticalidade do tronco; usar o andarilho (que se encontra em alcance funcional) para acomodar défices do equilíbrio/postura, segurando-o com as duas mãos (Pelicioni et al., 2015).

Ensinar sobre dieta para facilitar a deglutição

- Demonstrar que, tendo em conta a avaliação da deglutição efetuada, a consistência/textura da dieta eficaz e segura para facilitar a deglutição que permite a prevenção de complicações e a satisfação das necessidades nutricionais e hídricas, deve recorrer ao uso de líquidos espessados na consistência néctar.
- Informar que os líquidos espessados na consistência néctar não devem ter grumos, não é necessário mastigar, não “cola” nos talheres e boca e é uma textura coesa (não se diferencia parte sólida e parte líquida) (Leão, 2022).

Ensinar sobre posicionamento facilitador da deglutição

- Informar a pessoa que o posicionamento facilitador da deglutição deve ser sentada na cadeira, à mesa, com o correto alinhamento da cabeça, tronco e extremidades. Os pés devem estar apoiados no chão (ou apoio de pés), a região lombar deve estar apoiada nas costas da cadeira e a pélvis em posição neutra (Araújo et al., 2021).

Instruir técnica de deglutição

- Instruir manobra da deglutição forçada, deglutição dupla e tosse voluntária, quando necessário favorecer a limpeza de resíduos alimentares orofaríngeos (Araújo et al., 2021).

Instruir cuidador sobre exercícios músculo-articulares

- Demonstrar ao cuidador os exercícios musculo-articulares ativo-resistidos da articulação da anca: solicitar à pessoa flexão e extensão da anca, enquanto o cuidador realiza oposição ao movimento; solicitar à pessoa flexão e extensão do joelho, enquanto o cuidador realiza oposição ao movimento; solicitar à pessoa a adução e abdução das pernas, enquanto o cuidador realiza oposição ao movimento; todos os dias; 8-12 repetições; 1-3 séries;
- Demonstrar ao cuidador os exercícios musculo-articulares ativo-resistidos da articulação tibiotársica: solicitar à pessoa dorsiflexão e flexão plantar, enquanto o cuidador realiza oposição ao movimento; solicitar à pessoa inversão e eversão do pé, enquanto o cuidador realiza oposição ao movimento e dedos dos pés (solicitar à pessoa flexão e extensão dos dedos dos pés, enquanto o cuidador realiza oposição ao movimento; 3x semana; 8-12 repetições; 1-3 séries;
- Demonstrar ao cuidador os exercícios músculo-articulares bilaterais de cadeia cinética fechada: levantar e sentar; 3x semana; 8-12 repetições; 1-3 séries; (Fragala et al., 2019).

Instruir cuidador para assistir no uso do sanitário

- Demonstrar ao cuidador que a pessoa deve ficar de costas para a sanita, deve de seguida, apoiar-se na barra de apoio fixa na parede e fazer-se deslizar até ficar sentada no vaso sanitário (Ribeiro, 2021).

Instruir cuidador para assistir no tomar banho

- Demonstrar ao cuidador o uso do tapete antiderrapante, para evitar quedas e desta forma promover a sua segurança aquando da posição ortoestática nas atividades do autocuidado tomar banho (Ribeiro, 2021).
- Demonstrar ao cuidador o uso das barras de apoio fixas, onde se pode agarrar no sentido de proporcionar suporte numa superfície estável, para segurança do erguer-se, sentar-se e das transferências (Ribeiro, 2021).
- Demonstrar ao cuidador o uso da cadeira de banho, de forma a estar segura aquando das atividades do tomar banho (Ribeiro, 2021).
- Demonstrar ao cuidador o uso da escova de cabo longo para lavar as costas e a parte inferior do corpo (Ribeiro, 2021)

Instruir cuidador para assistir no vestir-se ou despir-se

- Demonstrar ao cuidador para assistir a pessoa a usar a calçadeira de cabo longo para

calçar ou descalçar qualquer tipo de sapato fechado: segurar no cabo, permitindo alcance entre o calcanhar e o pé, e colocar ou tirar o pé do calçado (Oliveira et al., 2021).

- Demonstrar ao cuidador para assistir a pessoa a usar calça/tira meias: dispor a meia no dispositivo até às ranhuras laterais, que fixam as meias, enquanto a pessoa introduz o pé e puxa as fitas das extremidades, que permitem que as meias subam e se ajustem ao pé (Oliveira et al., 2021).
- Demonstrar ao cuidador o uso de cordões elásticos, facilitando a atividade de calçar e descalçar o calçado com atacadores (Oliveira et al., 2021).

Instruir cuidador a assistir no treino do equilíbrio

- Demonstrar ao cuidador como assistir a pessoa no treino de equilíbrio sem apoio: assistir a realizar agachamentos, flexão e extensão, abdução e adução da anca, flexão e extensão do joelho, a levantar a ponta dos pés do chão e a ficar apoiada nos calcanhares, a levantar os calcanhares do chão e ficar em bicos de pé; 3x dia; 10 repetições (Lourenço et al., 2021).

Ensinar cuidador sobre dieta para facilitar a deglutição

- Demonstrar ao cuidador que, tendo em conta a avaliação da deglutição efetuada, a consistência/textura dietética eficaz e segura para facilitar a deglutição que permite a prevenção de complicações e a satisfação das necessidades nutricionais e hídricas, deve recorrer ao uso de líquidos espessados na consistência néctar.
- Demonstrar ao cuidador que os líquidos espessados na consistência néctar não devem ter grumos, não é necessário mastigar, não “cola” nos talheres e boca e é uma textura coesa (não se diferencia parte sólida e parte líquida) (Leão, 2022).

Ensinar cuidador sobre posicionamento facilitador da deglutição

- Informar o cuidador que o posicionamento facilitador da deglutição deve ser sentada na cadeira, à mesa, com o correto alinhamento da cabeça, tronco e extremidades. Os pés devem estar apoiados no chão (ou apoio de pés), a região lombar deve estar apoiada nas costas da cadeira e a pélvis em posição neutra (Araújo et al., 2021).

Ensinar cuidador sobre prevenção de queda

- Demonstrar ao cuidador que, no sentido de prevenir quedas, deve atender às seguintes precauções básicas: a) iluminação adequada, com luz de presença; b) remoção de barreiras e obstáculos no percurso de marcha; c) piso limpo e seco; d) manter equipamentos e materiais fora da área de circulação (móveis, cabos, vasos, entre outros); e) sapatos e vestuário adequados à marcha (a pessoa não deve usar roupa demasiado larga nem comprida; os sapatos devem ser com sola dura, antiderrapante, preferencialmente sem cordões e fechados); f) ajudas sensoriais acessíveis (óculos, aparelhos auditivos); g) dispositivo de apoio à marcha (andarilho) disponível em condições de utilização segura e acessível; h) dispositivos de segurança (ex: corrimãos, barras de apoio aos sanitários) disponíveis e acessíveis e em condições de utilização segura (DGS, 2019).

Instruir cuidador para assistir no andar

- Demonstrar ao cuidador que para assistir a pessoa no andar deve atender às seguintes

condições de segurança : a) O andarilho deve ser posicionado levemente a frente do corpo da pessoa para uma base de suporte estável; b) a sua altura deve ser ajustada de forma que apresente um ângulo entre 15° e 30° de flexão em relação aos cotovelos; c) Ter sempre em atenção que as quatro borrachas do auxiliar de marcha devem estar sempre integras; d) o andarilho deve avançar para a frente, de seguida o MID e ,posteriormente, o MIE (técnica de marcha com andarilho) (Porto et al., 2021).

Instruir a tomar banho

- Demonstrar à pessoa a importância de usar o tapete antiderrapante, para evitar quedas e desta forma promover a sua segurança aquando do autocuidado tomar banho (Ribeiro, 2021).
- Demonstrar à pessoa a importância de usar as barras de apoio fixas, onde se pode agarrar no sentido de proporcionar suporte numa superfície estável, para segurança do erguer-se, sentar-se e transferir-se (Ribeiro, 2021).
- Demonstrar à pessoa a usar cadeira de banho, de forma a estar segura aquando das atividades do tomar banho (Ribeiro, 2021).
- Demonstrar à pessoa a usar a escova de cabo longo para lavar as costas e a parte inferior do corpo (Ribeiro, 2021).

Instruir a vestir-se ou despir-se

- Demonstrar à pessoa que deve utilizar sapatos sem atacadores, idealmente com velcro, com salto baixo e largo, e sola rígida e antiderrapante; os sapatos devem ficar ajustados ao pé (Oliveira et al, 2021).
- Demonstrar à pessoa como usar a calçadeira de cabo longo para calçar ou descalçar qualquer tipo de sapato fechado: segurar no cabo, permitindo alcance entre o calcanhar e o pé, e colocar ou tirar o pé do calçado (Oliveira et al, 2021).
- Demonstrar à pessoa como usar calça/tira meias: dispor a meia no dispositivo até às ranhuras laterais, que fixam as meias, enquanto a pessoa introduz o pé e puxa as fitas das extremidades, que permitem que as meias subam e se ajustem ao pé (Oliveira et al, 2021).
- Demonstrar à pessoa como usar cordões elásticos, facilitando a atividade de calçar e descalçar os sapatos com atacadores (Oliveira et al, 2021).

Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-resistido

- Solicitar à pessoa flexão e extensão do ombro esquerdo, segurando halteres; intensidade: 1kg (30% 1 RM). 8 repetições; 1 série.
- Solicitar à pessoa para realizar oponência do polegar esquerdo, estando aplicados na polpa dos dedos velcros macho e fêmea autoadesivos; 8 repetições; 1 série.
- Solicitar à pessoa inversão e eversão do pé direito, enquanto o EEER realiza oposição ao movimento, através de uma banda elástica de baixa resistência; 8 repetições; 1 série.
- Solicitar à pessoa inversão e eversão do pé esquerdo, enquanto o EEER realiza oposição ao movimento, através de uma banda elástica de baixa resistência; 8 repetições; 1 série.
- Solicitar à pessoa dorsiflexão e flexão plantar do pé direito, enquanto o EEER assiste o movimento. 8 repetições; 1 série.
- Solicitar à pessoa dorsiflexão e flexão plantar do pé esquerdo, enquanto o EEER realiza

- oposição ao movimento. 8 repetições; 1 série.
- Solicitar à pessoa flexão e extensão do joelho direito com pernas; intensidade: 1kg (30% 1 RM); 12 repetições; 1 série.
 - Solicitar à pessoa flexão e extensão do joelho esquerdo com pernas; intensidade: 1,5kg (30% 1 RM); 12 repetições; 1 série.
 - Solicitar à pessoa rotação interna e rotação externa alternada da anca direita, enquanto o EEER realiza o movimento contrário. 8 repetições; 1 série.
 - Solicitar à pessoa rotação interna e rotação externa alternada da anca esquerda, enquanto o EEER realiza o movimento contrário. 8 repetições; 1 série.
 - Solicitar à pessoa abdução e adução alternada da anca direita com pernas; intensidade: 1kg (30% 1 RM); 8 repetições; 1 série.
 - Solicitar à pessoa abdução e adução alternada da anca esquerda com pernas; intensidade: 1kg (30% 1 RM); 8 repetições; 1 série.
 - Solicitar à pessoa flexão e extensão alternada da anca direita com pernas; intensidade: 1kg (30% 1 RM); 8 repetições; 1 série.
 - Solicitar à pessoa flexão e extensão alternada da anca esquerda com pernas; intensidade: 1,5kg (30% 1 RM); 8 repetições; 1 série.
 - Solicitar à pessoa para realizar oposição do polegar direito, estando aplicados na polpa dos dedos velcros macho e fêmea autoadesivos; 8 repetições; 1 série.
 - Solicitar à pessoa a abdução e adução dos dedos da mão direita, com elásticos de baixa resistência aplicados em torno dos mesmos. 8 repetições; 1 série.
 - Solicitar à pessoa flexão e extensão do ombro direito, segurando halteres; intensidade: 1kg (30% 1 RM). 8 repetições; 1 série.
 - Solicitar à pessoa a abdução e adução dos dedos da esquerda, com elásticos de baixa resistência aplicados em torno dos mesmos. 8 repetições; 1 série.
 - Solicitar à pessoa a flexão e extensão dos dedos da mão direita, com dispositivo (mola para fortalecer dedos) que oferece oposição ao movimento de extensão. 8 repetições; 1 série.
 - Solicitar à pessoa a flexão e extensão dos dedos da mão esquerda, com dispositivo (mola para fortalecer dedos) que oferece oposição ao movimento de extensão. 8 repetições; 1 série.
 - Solicitar à pessoa desvio radial e desvio cubital do punho direito, enquanto o EEER realiza o movimento em contrário. 8 repetições; 1 série.
 - Solicitar à pessoa desvio radial e desvio cubital do punho esquerdo, enquanto o EEER realiza o movimento em contrário. 8 repetições; 1 série.
 - Solicitar à pessoa flexão e extensão do punho direito (com a mão na ponta da mesa) segurando halteres; intensidade: 4 na escala de Borg modificada (leve) - 1kg; 8 repetições; 1 série.
 - Solicitar à pessoa flexão e extensão do punho esquerdo (com a mão na ponta da mesa) segurando halteres; intensidade: 4 na escala de Borg modificada (leve)- 1kg; 8 repetições; 1 série.
 - Solicitar à pessoa pronação e supinação do antebraço direito, enquanto o EEER realiza oposição ao movimento, através de uma banda elástica de baixa resistência. 8 repetições; 1 série.

- Solicitar à pessoa pronação e supinação do antebraço esquerdo, enquanto o EEER realiza oposição ao movimento, através de uma banda elástica de baixa resistência. 8 repetições; 1 série.
- Solicitar à pessoa flexão e extensão do cotovelo direito, segurando halteres; intensidade: 1kg (30% 1 RM) 8 repetições; 1 série.
- Solicitar à pessoa flexão e extensão do cotovelo esquerdo, segurando halteres; intensidade: 1kg (30% 1 RM) 8 repetições; 1 série.
- Solicitar à pessoa hiperextensão do ombro direito, segurando halteres; intensidade: 1kg (30% 1 RM) 8 repetições; 1 série.
- Solicitar à pessoa hiperextensão do ombro esquerdo, segurando halteres; intensidade: 1kg (30% 1 RM) 8 repetições; 1 série.
- Solicitar à pessoa a abdução e adução do ombro direito, segurando halteres; intensidade: 1kg (30% 1 RM) 8 repetições; 1 série.
- Solicitar à pessoa a abdução e adução do ombro esquerdo, segurando halteres; intensidade: 1kg (30% 1 RM) 8 repetições; 1 série.
- Solicitar à pessoa flexão e extensão dos dedos dos pés, enquanto o EEER realiza oposição ao movimento, através de uma banda elástica de baixa resistência; 8 repetições; 1 série. (Fragala et al., 2019)

Analisar com o cliente a relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular

- Os exercícios músculo-articulares, especialmente os de resistência e que envolvem múltiplas articulações, estão fortemente associados ao aumento da força muscular. Um maior volume de treino promove adaptações mais eficazes, como a hipertrofia e a melhoria do desempenho funcional. Estas intervenções são particularmente relevantes em contextos de reabilitação, nomeadamente na população idosa, onde a perda de força compromete a autonomia e aumenta o risco de queda (Brigatto et al., 2020).

Ensinar sobre acesso a dispositivos

- Informar o cuidador que os dispositivos aconselhados (calçadeira de cabo longo, calça/tira meias, tapete antiderrapante, barras de apoio, esponja de cabo longo, cadeira de banho), podem ser adquiridos em lojas de produtos ortopédicos e produtos hospitalares, sendo que as lojas de venda de produtos desportivos também podem conter estes produtos. Os preços variam entre as diferentes lojas e de acordo com os materiais. No entanto, os preços podem variar de 4 a 6€ no caso da calçadeira de cabo longo, a calça/tira meias pode custar de 7 a 20€, o antiderrapante pode custar de 5 a 10€, as barras de apoio de 10 a 20€, a esponja de cabo longo 5 a 7€ e a cadeira de banho pode custar entre 30 a 50€ (ou mais).

Analisar com o cliente a relação entre os exercícios músculo-articulares e o movimento articular

- A realização de exercícios isotónicos, sejam eles ativos, ativos/assistidos ou resistidos estão diretamente relacionados com a amplitude de movimento, uma vez que este tipo de exercício exige a realização de movimento, por exemplo exercícios ativos ou treino de marcha contribuem para o aumento da amplitude articular. No que respeita aos exercícios resistidos é de considerar que a junção da mobilização ativa aos exercícios resistidos, permita um ganho de amplitude de movimento, mais rapidamente (Budib et al., 2020).

Analisar com o cliente a relação entre os exercícios e o tônus muscular

- A prática regular de exercício físico tem demonstrado efeitos positivos significativos na melhoria da qualidade e do tônus muscular em pessoas idosas, sendo este um fator determinante para a preservação da funcionalidade e da autonomia. O tônus muscular, considerado como o estado basal de contração parcial dos músculos em repouso, é essencial para a manutenção da postura, coordenação motora e equilíbrio (Radaelli et al., 2021). Com o envelhecimento, ocorre uma deterioração natural da massa e qualidade muscular, o que contribui para o declínio da capacidade funcional. A realização de exercícios, particularmente os de resistência, promovem melhorias substanciais na qualidade muscular em idosos, porque induzem adaptações neuromusculares que resultam em ganhos de força e eficiência muscular (Radaelli et al., 2021). Estes exercícios potenciam a capacidade contrátil das fibras musculares, melhoram a arquitetura muscular e favorecem o recrutamento das unidades motoras, o que resulta num tônus mais eficaz e numa resposta motora mais robusta. A prática regular de exercícios permite desta forma, reduzir o risco de queda. Assim, o treino músculo-articular revela-se fundamental na promoção da funcionalidade e na manutenção do tônus muscular em pessoas idosas, contribuindo diretamente para a qualidade de vida e para um envelhecimento mais ativo e saudável (Radaelli et al., 2021).

Analisar com o cliente a relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio

- As alterações no equilíbrio dinâmico, causadas pela redução da propriocepção e sensibilidade cutânea, levam a uma diminuição no controlo postural. Esta é uma função regulada por dois objetivos funcionais principais: orientação e equilíbrio postural. A orientação postural envolve o controlo ativo do alinhamento corporal, tônus muscular, informações visuais do ambiente e referências internas (Lima et al., 2021).

Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para erguer-se

- Analisar com a pessoa o prejuízo do erguer-se, pelo comprometimento de múltiplos sistemas fisiológicos (como o equilíbrio e a marcha) bem como pelo envelhecimento, e que afeta negativamente a sua funcionalidade, independência e participação social. O uso de auxiliar de marcha, como o andador, no sentido de melhorar a instabilidade postural dinâmica, pode ser vantajoso na realização das atividades de vida diária e na prevenção de quedas, promovendo a sua autonomia para o erguer-se. O andador transmite uma sensação maior de segurança para os idosos que apresentam medo de cair e são úteis para idosos com diminuição de força dos membros inferiores, no sentido em que têm uma base de sustentação maior, permitem uma boa descarga de peso nos membros inferiores e melhoram a estabilidade semi-estática e dinâmica, nas direções anterior e lateral (Porto et al., 2019).

Assistir no vestir-se ou despir-se usando dispositivo

- Demonstrar à pessoa que deve utilizar sapatos sem atacadores, idealmente com velcro, com salto baixo e largo, e sola rígida e antiderrapante, os sapatos devem ficar ajustados ao pé (Ribeiro, 2021).
- Demonstrar à pessoa que deve usar a calçadeira de cabo longo para calçar ou descalçar qualquer tipo de sapato fechado: segurar no cabo, permitindo alcance entre o calcanhar e

o pé, e colocar ou tirar o pé do calçado (Ribeiro, 2021).

- Demonstrar à pessoa que deve usar calça/tira meias: dispor a meia no dispositivo até às ranhuras laterais, que fixam as meias, enquanto a pessoa introduz o pé e puxa as fitas das extremidades, que permitem que as meias subam e se ajustem ao pé (Ribeiro, 2021).
- Demonstrar à pessoa que deve usar cordões elásticos, facilitando a atividade de calçar e descalçar os sapatos com atacadores (Ribeiro, 2021).

Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho

- Analisar com a pessoa o uso de dispositivos, como cadeiras de banho ou barras de apoio, no autocuidado tomar banho, pode preservar ou restaurar a autonomia da pessoa idosa, permitindo-lhe realizar esta tarefa com maior segurança e independência. A necessidade de um dispositivo nem sempre indica dependência total, mas sim uma adaptação funcional que facilita a execução da atividade. A adaptação ao dispositivo por parte da pessoa cuidada pode melhorar a perceção de qualidade de vida e reduzir a carga dos cuidadores, sem comprometer a dignidade da pessoa (De-Rosende-Celeiro et al., 2019).

Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para transferir-se

- Analisar com a pessoa o prejuízo do transferir-se, pelo comprometimento de múltiplos sistemas fisiológicos (como o equilíbrio e a marcha) e pelo envelhecimento, o que afeta negativamente a sua funcionalidade, independência e participação social. O uso de auxiliar de marcha, como o andarilho, pode ser vantajoso na realização das atividades de vida diária e na prevenção de quedas, promovendo a sua autonomia. O andarilho transmite uma sensação maior de segurança para os idosos que apresentam medo de cair e são úteis para idosos com diminuição de força dos membros inferiores, no sentido em que têm uma base de sustentação maior, permitem uma boa descarga de peso nos membros inferiores e melhoram a estabilidade semi-estática e dinâmica, nas direções anterior e lateral (Porto et al., 2019).

Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para vestir-se ou despir-se

- Analisar com a pessoa o uso de dispositivos de apoio para a autonomia no vestir-se e despir-se: no contexto da pessoa idosa com limitação da mobilidade, a capacidade de vestir-se e despir-se de forma autónoma pode estar comprometida, exigindo o recurso a ajudas técnicas. Dispositivos como a calçadeira de cabo longo e os cordões elásticos para calçado são eficazes na promoção da autonomia, evitando desta forma, movimentos de flexão excessiva da anca e a redução do risco de desequilíbrio. Estes dispositivos são recomendados pela literatura como estratégias facilitadoras da independência funcional em atividades de vida diária (De-Rosende-Celeiro et al., 2019 ; AOTA, 2020).

Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia no uso do sanitário

- Analisar com a pessoa que o uso de dispositivos de apoio no autocuidado uso do sanitário, tem um impacto significativo na sua autonomia funcional. A utilização de produtos de apoio, como barras laterais são uma estratégia eficaz para promover a independência funcional da pessoa no uso do sanitário. Quando são selecionados e utilizados adequadamente, estes dispositivos melhoram a segurança, como também fortalecem a

autoconfiança da pessoa idosa (De-Rosende-Celeiro et al., 2019). A sua utilização não deve ser encarada como um sinal de incapacidade, mas sim como uma ferramenta promotora da autonomia e da dignidade da pessoa idosa (Lam et al., 2021).

Instruir a usar sanitário

- Demonstrar à pessoa que deve ficar de costas para a sanita, devendo de seguida, apoiar-se na barra de apoio fixa na parede e fazer-se deslizar até ficar sentada no vaso sanitário (Ribeiro, 2021).

Analisar com o cliente a relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar

- Analisar com a pessoa a relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar: com o envelhecimento ocorre um declínio progressivo no equilíbrio postural e na marcha devido ao compromisso de múltiplos sistemas fisiológicos, que afetam negativamente a funcionalidade, a participação social, a independência e a qualidade de vida dos idosos. Nesse contexto, o uso de um dispositivo auxiliar da marcha, como o andador, pode auxiliar os idosos na realização das suas atividades diárias, mantendo-os funcionalmente independentes e relativamente ativos. As principais funções do andador são aumentar a base de suporte e reduzir a descarga de peso nos membros inferiores, além de melhorar a estabilidade semi-estática e dinâmica, nas direções anterior e lateral. Os andadores fornecem maior sensação de segurança para os idosos que apresentam medo de cair e são úteis para idosos com força muscular diminuída nos membros inferiores. Neste sentido, os andadores fixos (4 pontos) são indicados para idosos, que apresentem, medo de cair ou tenham uma amplitude de movimento do membro inferior reduzida, como ocorre na osteoartrose da anca (Porto et al., 2019), condição apresentada pela pessoa do caso clínico em estudo.

Ensinar sobre prevenção da aspiração

- Informar a pessoa sobre o posicionamento após a refeição para prevenir a aspiração: preferencialmente deve ficar sentada, pelo menos 30 minutos (para promover a clearance esofágica, o esvaziamento gástrico e a redução do refluxo) (Teasell et al., 2020).
- Informar a pessoa que o ambiente durante a refeição deve ser calmo (minimizando os estímulos); a pessoa não deve falar enquanto mastiga, nem comer depressa/grande quantidade de alimento de cada vez (Leão, 2022).
- Informar a pessoa que é necessário adequar a consistência dos líquidos (néctar), optando por espessantes, com ou sem sabor, à base de goma xantana (pois tem resistência à amilase salivar) e que não deve alterar a consistência sem indicação dos profissionais de saúde (Leão, 2022).
- Informar a pessoa que deve utilizar copo recortado ou chávena larga para evitar a hiperextensão do pescoço (Leão, 2022).
- Informar a pessoa que, após cada refeição, é aconselhada a ingestão de água com a viscosidade adequada (néctar), no sentido de reforçar a hidratação, mas também para promover a limpeza dos resíduos alimentares (Araújo et al., 2021).
- Informar a pessoa que os sinais de alerta durante a alimentação são alteração da voz, cansaço durante a alimentação, engasgamento, pigarreio, aumento de secreções, sialorreia, tosse durante e/ou após a refeição (Leão, 2022).

Analisar com o cliente a relação entre a dieta e a deglutição

- Analisar com a pessoa o prejuízo da deglutição e a necessidade de ter presente escolhas para uma alimentação saudável, ajustando sempre o tipo e consistência dos líquidos à capacidade de deglutição, a fim de prevenir complicações (Leão, 2022).

Ensinar cuidador sobre prevenção da aspiração

- Informar ao cuidador o posicionamento após a refeição para prevenir a aspiração: preferencialmente a pessoa deve ficar sentada, pelo menos 30 minutos (para promover a clearance esofágica, o esvaziamento gástrico e a redução do refluxo) (Teasell et al., 2020).
- Informar ao cuidador que o ambiente durante a refeição deve ser calmo (minimizando os estímulos), a pessoa não deve falar enquanto mastiga, nem comer depressa/grande quantidade de alimento de cada vez (Leão, 2022).
- Informar ao cuidador que é necessário adequar a consistência dos líquidos (néctar), optando por espessantes, com ou sem sabor, à base de goma xantana (pois tem resistência à amilase salivar) e que não deve alterar a consistência sem indicação dos profissionais de saúde (Leão, 2022).
- Informar ao cuidador que a pessoa deve utilizar copo recortado ou chávena larga para evitar a hiperextensão do pescoço (Leão, 2022).
- Informar ao cuidador que a pessoa deve utilizar copo recortado ou chávena larga para evitar a hiperextensão do pescoço (Leão, 2022).
- Informar ao cuidador que, após cada refeição, é aconselhada a ingestão de água com a viscosidade adequada (néctar), no sentido de reforçar a hidratação, mas também para promover a limpeza dos resíduos alimentares (Araújo et al., 2021).
- Informar ao cuidador que os sinais de alerta durante a alimentação são alteração da voz, cansaço durante a alimentação, engasgamento, pigarreio, aumento de secreções, sialorreia, tosse durante e/ou após a refeição (Leão, 2022).

Ensinar cuidador sobre inspeção da cavidade oral após as refeições

- Informar ao cuidador que, após as refeições, deve vigiar-se a presença de resíduos alimentares na boca para prevenir aspiração de conteúdo alimentar e, preferencialmente, proceder à escovagem dos dentes e higiene da boca (Araújo et al., 2021).

Instruir a sentar-se

- Demonstrar à pessoa que no caso de uma cadeira com braços a mesma deve colocar a região poplíteia em contacto com a cadeira; colocando as mãos nos braços da cadeira, a pessoa deve ir deslizando até ficar confortavelmente sentada (Ribeiro, 2021).
- Demonstrar à pessoa que no caso de uma cadeira sem braços, a mesma deve: colocar-se de lado, com a face posterior do membro inferior em contacto com a cadeira; colocar uma mão nas costas da cadeira e outra no assento; baixar-se até ficar sentada na cadeira, rodar até que fique voltada para a frente (Ribeiro, 2021).

Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia no sentar-se

- Analisar com a pessoa a capacidade de sentar-se de forma autónoma, que é fundamental para a funcionalidade global e para a participação ativa da pessoa idosa nas atividades de

vida diária. Neste sentido, com o envelhecimento, é comum a diminuição da força muscular, do equilíbrio e da mobilidade articular, fatores que comprometem a realização segura desta atividade, desta forma, a utilização de dispositivos de apoio, como cadeiras com apoio de braços, pode desempenhar um papel fundamental na promoção da autonomia. Estes dispositivos oferecem estabilidade adicional, reduzem o esforço físico necessário para a mudança de posição e aumentam a percepção de segurança, promovendo a confiança da pessoa na realização autónoma da tarefa (De-Rosende-Celeiro et al., 2019).

3.7. Síntese relativa ao caso

A ECCI assegura cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, de reabilitação e ações paliativas, devendo as visitas dos profissionais de saúde serem programadas, regulares e ter por base as necessidades clínicas detetadas pela avaliação integral efetuada pela equipa. São funções da ECCI a educação para a saúde às pessoas, aos familiares e aos cuidadores, o apoio na satisfação das necessidades básicas, o apoio no desempenho às atividades da vida diária e o apoio nas atividades instrumentais da vida diária, entre outros (Ministério da saúde, 2006; Oliveira et al., 2021).

Neste sentido, o domicílio é o melhor local para se efetuar um diagnóstico das necessidades da pessoa, uma vez que esta se confronta com a sua realidade do dia a dia, o que permite que a reabilitação aconteça com maior grau de adaptação à realidade (Ribeiro, 2021).

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação tem um papel fundamental na continuidade de cuidados na medida em que ensina, instrui e treina competências da pessoa e prestador de cuidados informal de forma que, também estes sejam os motores da evolução da funcionalidade na continuidade dos cuidados prestados (Oliveira et al., 2023).

Neste âmbito, a conceção de cuidados apresentada teve como foco a inclusão e integração da pessoa e prestador de cuidados no processo de decisão clínica.

A Sra. EMM foi referenciada para a ECCI por síndrome de desuso, caracterizado por um conjunto de alterações que podem ocorrer no idoso dependente, como o declínio funcional progressivo na cognição, nos músculos, nas articulações, nos sistemas cardiovasculares e respiratórios, o que o pode tornar cada vez mais dependente, e comprometer a qualidade de vida (Figueiredo et al., 2024). A Sra. EMM apresentava como antecedentes, coxartrose e gonartrose à direita, associada já alguma rigidez no joelho direito, bem como síndrome vertiginosa, que estava controlado através da medicação instituída.

Aquando da primeira Visita Domiciliária (VD), a Sra. EMM apresentava:

Primeira Visita Domiciliária

- Força muscular diminuída principalmente no membro inferior direito;
- Amplitude articular diminuída na articulação da anca direita e no joelho direito;
- Equilíbrio dinâmico comprometido;
- Deglutição comprometida com disfagia para líquidos;
- Autocuidados: Erguer-se, transferir-se, sentar-se, cuidar da higiene pessoal, vestir-se ou despir-se e andar comprometidos;
- Dependência moderada nos autocuidados, de acordo com a escala de Barthel (70/100);
- Alto risco de queda, segundo a escala de Morse (80/125);
- Timed Up and Go - 1 minuto e 46 segundos;
- Ciclo da marcha com alterações, tendo como referência o **membro inferior direito**:
 - Fase de aceitação do peso - o contato inicial ocorre com o pé plano;
 - Fase de pré-balanço - não se observa o desprendimento do calcanhar do solo;
 - Fase de balanço inicial, médio e final - o pé arrasta frequentemente no solo e o quadril e joelho mantêm-se fletidos;
 - Pescoço - encontra-se tendencialmente fletido durante o ciclo, uma vez que o olhar é preferencialmente direcionado para o chão;
 - Ombros - permanecem relaxados;
 - Braços - ficam junto ao corpo, sem movimento de pêndulo alternado em coordenação ipsilateral aos membros inferiores;
 - Tronco - mantém ligeira inclinação anterior durante o ciclo.

Como se pode verificar na figura 8:

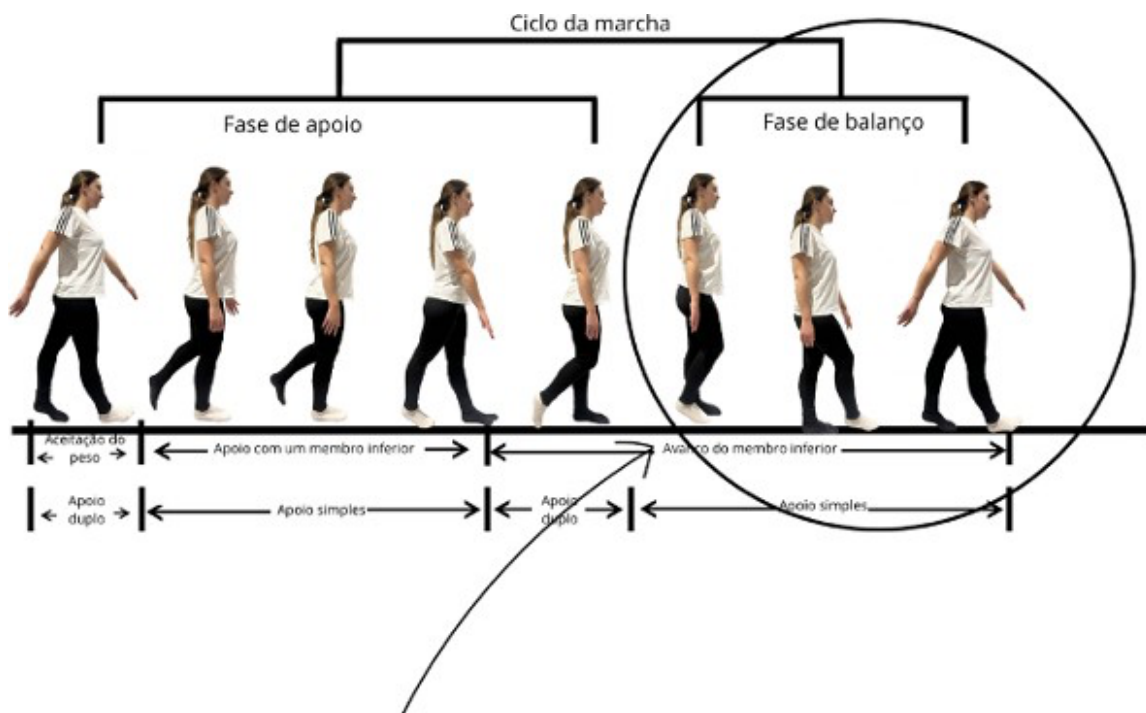


Figura 8: Figura ilustrativa da marcha da Sra. EMM

Objetivando uma evolução favorável, a conceção de cuidados visou um plano de intervenção ajustado ao seu perfil, considerando as suas comorbilidades.

Assim sendo, no domínio da força muscular, foi dado ênfase principalmente ao membro inferior direito, com a execução de exercícios músculo-articulares (ativos-assistidos e ativos-resistidos), insistiu-se na capacitação da pessoa e da cuidadora informal a nível da instrução e do treino de exercícios músculo-articulares. Neste sentido, apesar de não ter sido evidenciado uma mudança de status na escala de força muscular, foi possível observar-se uma melhoria da força muscular nos membros inferiores.

No que se reporta à amplitude articular, de forma a evitar o agravamento objetivado ao nível das articulações da anca e joelho direito foram executados exercícios muscularto-articulares ativos-assistidos respeitando sempre o arco de movimento indolor, desta forma foi possível observar-se uma evolução quase residual na amplitude da anca direita à flexão, tendo as restantes articulações mantido os valores de amplitude da primeira visita domiciliária.

Tendo em conta a avaliação da deglutição efetuada, foram implementadas medidas como: modificações ambientais, posicionamento, estratégias compensatórias para deglutição segura e as modificações dietéticas apropriadas. Foi ainda impresso e oferecido um manual com indicações de receitas e dicas para melhorar a alimentação da pessoa com deglutição comprometida, todo este processo envolvendo a pessoa e a familiar cuidadora, tendo presente o potencial de ambas no processo de transição.

O compromisso do equilíbrio dinâmico teve repercussões noutros domínios, nomeadamente na marcha. Desta forma, foram implementadas intervenções direcionadas para o treino de equilíbrio dinâmico, bem como estratégias de capacitação da pessoa e da familiar cuidadora com vista à promoção da adesão ao treino. Neste sentido, evidenciou-se uma melhoria no score da Escala de Tinetti, referente ao equilíbrio.

Relativamente ao síndrome vertiginoso, caracterizado por vertigem, tontura e distúrbios de equilíbrio, sendo uma condição comum entre idosos, que frequentemente provoca quedas e compromete a qualidade de vida, foi necessário monitorizar possíveis efeitos adversos como hipotensão ortostática que poderia comprometer a segurança durante as atividades físicas, bem como analisar o ajuste na intensidade e na supervisão dos exercícios para minimização dos riscos (Fancello, 2023).

Quanto ao compromisso no autocuidado, procurou-se realizar treino específico para a prática das atividades, foram instruídas técnicas, com base nos dispositivos adaptativos adequados, tendo em conta os défices prévios e o potencial de recuperação da pessoa.

Nos autocuidados, erguer-se, transferir-se, e sentar-se, a Sra. EMM bem como a familiar cuidadora foram ensinadas, instruídas e treinadas relativamente à técnica de como se ergue e transfere, bem como foi adicionado um dispositivo de apoio, o andarilho, com o intuito de

desmistificar o receio que a Sra. EMM tinha em utilizar dispositivos de apoio.

No autocuidado higiene pessoal, foram inseridos dispositivos de apoio como o tapete antiderrapante, o assento de banheira, a barra de apoio e a escova de cabo longo, e foram realizados ensinamentos à Sra. EMM e à familiar cuidadora com vista à promoção da autonomia neste autocuidado.

Em relação ao autocuidado, vestir-se e despir-se, foram utilizados como dispositivos de apoio, a calça/tira meias, a calçadeira de cabo longo e os cordões elásticos pois a Sra. EMM devido à coxartrose não conseguia realizar este autocuidado na sua plenitude. Foi essencial envolver o prestador de cuidados nestes processos, de forma a garantir a assistência, recursos e informação necessários.

Relativamente ao andar, tendo em consideração a avaliação através do ciclo da marcha, foram identificadas alterações no seu desempenho associadas à diminuição da força muscular, às alterações músculo-articulares e ao compromisso no equilíbrio relacionados com o envelhecimento. As alterações biomecânicas identificadas estabeleciam um padrão de marcha instável, o que foi associado a um elevado risco de queda.

Neste sentido, a velocidade da marcha, considerada por Souza et al. (2023), como um bom preditor de incapacidade nas atividades de vida diária, bem como no comprometimento da mobilidade e que relacionado à idade tem sido associado ao aumento do risco de queda, menor qualidade de vida, declínio cognitivo, demência e mortalidade precoce (Bischott, 2003; Botelho, 2023), foi também avaliado. Nesse âmbito, aquando da primeira visita domiciliária, foi utilizado o teste de Timed up and Go (TUG), que consiste na determinação do tempo que leva uma pessoa a levantar-se de uma cadeira, a caminhar 3m, a dar a volta e a sentar-se novamente (Kear et al., 2017), sendo este um teste de fácil aplicabilidade na prática clínica e com evidência de que seja um indicador fidedigno do risco de queda (Bischott, 2003; Botelho, 2023).

Assim, para promover melhorias no padrão de marcha e para tentar diminuir o tempo do TUG, promoveram-se melhorias na força muscular, na amplitude articular e no equilíbrio. Foram ainda realizados treinos de marcha com andador para atingir um padrão de marcha seguro. Desta forma, aquando da última visita domiciliária, a velocidade da TUG tinha aumentado, traduzindo-se numa eficácia das intervenções realizadas. No que concerne ao ciclo da marcha, a evolução favorável, ocorreu ao nível do membro inferior direito. Na fase de aceitação do peso, o contato inicial já ocorreu com o calcanhar. No pré-balanço, o pé saiu completamente do solo. No balanço inicial, médio e final, o pé levantou completamente do solo embora o quadril e joelho tenham mantido uma flexão limitada. O pescoço encontrava-se em posição neutra e o olhar direcionado preferencialmente para a frente. O tronco não tinha inclinação anterior, evidenciando-se assim um padrão de marcha mais seguro.

Posto isto, não foram identificados significados dificultadores no processo de cuidados, quer

pela pessoa, como pela familiar cuidadora, tendo sido facilmente criadas pontes para a maximização do potencial do conhecimento e das capacidades, com foco nos processos corporais e adaptativos associados às transições.

Apesar dos ganhos objetivados, pressupõem-se que com mais visitas domiciliárias ao longo do restante tempo na ECCI a evolução continuará a ser favorável e com uma perspectiva de continuidade de cuidados.

4. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista

A enfermagem de reabilitação, exige que se estabeleça um compromisso profundo com o desenvolvimento contínuo das competências, que tanto podem ser comuns, como específicas. A reflexão sobre estas competências é um meio para conseguirmos reconhecer a complexidade da profissão e a importância do papel do enfermeiro na melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Desta forma, conforme estabelecido no regulamento nº 140/2019, Diário da República, 2ª série, Nº 26, de 6 de fevereiro de 2019, e no regulamento 392/2019, Diário da República, 2ª série- Nº85, de 3 de maio, tanto as competências comuns como do enfermeiro especialista, abrangem várias áreas cruciais.

Nas competências comuns do enfermeiro especialista, podemos incluir, a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Estas competências estão diretamente ligadas à manutenção dos padrões de qualidade, importantíssimos para a disciplina de enfermagem, e funcionam como um alicerce que permite ao enfermeiro aplicar o seu conhecimento especializado de forma eficaz e adaptável.

O desenvolvimento destas competências não é apenas uma exigência técnica, mas também um compromisso ético com o progresso contínuo da enfermagem enquanto profissão. Os regulamentos, são uma fonte extremamente importante, pois, servem como uma estrutura orientadora para o enfermeiro especialista, garantindo que o desempenho esteja alinhado com os mais altos padrões de qualidade. O enfermeiro deve ser capaz de integrar o conhecimento especializado com uma prática reflexiva e adaptativa, assegurando que os cuidados prestados estejam sempre centrados nas necessidades e direitos das pessoas. Este alinhamento ético e técnico reforça o papel crítico das competências comuns na promoção de uma prática segura, ética e orientada para a melhoria contínua dos cuidados.

Durante esta unidade curricular, as atividades desenvolvidas foram diretamente direcionadas para os objetivos propostos no Projeto de Estágio, elaborado no âmbito da unidade curricular "Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo I". Esse projeto serviu como uma base fundamental para a prática reflexiva das competências, permitindo a incorporação do conhecimento formal desenvolvido ao longo do mestrado.

A seguir, será apresentado e analisado detalhadamente cada um dos domínios das

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista mencionados anteriormente.

Responsabilidade profissional, ética e legal

Desenvolveu-se uma prática profissional, ética e legal, na especialidade, atuando de acordo com os princípios legais, éticos e deontológicos. O desenvolvimento desta competência teve início com a aquisição de conhecimentos proporcionados pela disciplina "Epistemologia e Ética em Enfermagem", no primeiro ano do mestrado. Lá, aprendemos que a nossa responsabilidade ética implica uma prática centrada na pessoa, respeitando os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

Em consonância com o regulamento nº140/2019, o enfermeiro especialista deve ser capaz de integrar os valores da pessoa nas decisões clínicas, oferecendo cuidados que não só considerem as necessidades físicas, mas que também respeitem a dignidade e os direitos humanos. Esta dimensão ética é fundamental para promover uma relação de confiança e respeito mútuo entre o enfermeiro e a pessoa doente.

O Código Deontológico (CD) assume um papel crucial neste contexto, pois o enfermeiro deve utilizá-lo como uma ferramenta reflexiva que o ajude a avaliar dilemas éticos e a encontrar soluções que equilibrem os direitos e desejos da pessoa com os imperativos clínicos e legais. Desta forma, o enfermeiro especialista deve ter um conhecimento profundo das leis que regem a prática de enfermagem e das suas responsabilidades dentro desse quadro jurídico. Assim, a prática profissional deve estar sempre alinhada com os requisitos legais, de modo a garantir a proteção dos direitos das pessoas e a salvaguarda do próprio enfermeiro em eventuais situações de conflito ou litígio.

Dito isto, os princípios legais, éticos e deontológicos necessários ao exercício da profissão, conforme expostos no Código Deontológico, foram adotados e validados em conjunto com os enfermeiros tutores, aplicando-se às situações vivenciadas no contexto da prática de cuidados. Foram sempre articulados com as pessoas doentes todas as intervenções e procedimentos que se realizaram, assegurando desta forma o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas das pessoas e grupos. Considera-se que foi possível desenvolver esta competência através da escuta ativa, que permitiu compreender e respeitar as expectativas e vontades das pessoas.

No exercício do papel de EEER, é comum este assumir a função de gestor de caso e consultor. Esta abordagem facilita o reconhecimento das competências na área de enfermagem de reabilitação e, ao mesmo tempo, promove o desenvolvimento da liderança e colaboração com a restante equipa multidisciplinar. Foi nesta vertente que esta competência foi desenvolvida, na intervenção perante solicitação de pareceres específicos, como a avaliação da deglutição, treinos de deglutição, seleção do produto de apoio adequado para o autocuidado e a marcha.

Melhoria contínua da qualidade

No contexto da melhoria contínua da qualidade, espera-se que os enfermeiros especialistas tenham um papel ativo e dinâmico no apoio a iniciativas estratégicas no local de trabalho. Para isso, é essencial que utilizem os seus conhecimentos e habilidades, assegurando a evolução constante da qualidade dos serviços prestados. Além disso, os enfermeiros devem liderar projetos voltados para a qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua, com o objetivo de criar um ambiente terapêutico e seguro para todos os envolvidos (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro).

Com base nas melhores evidências científicas, como as diretrizes da Direção-Geral da Saúde e da Organização Mundial da Saúde, conseguiu-se aprimorar os cuidados de saúde e contribuir para a formação de conhecimento. A aprendizagem que se obteve com professores, enfermeiros tutores e especialistas na área também foi fundamental para o crescimento profissional.

De modo a desenvolver estas práticas de melhoria, foi possível participar no congresso da APER (Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação), onde foi apresentado em parceria com três colegas do MER, a comunicação intitulada de “A eficácia da intervenção do EEER na pessoa com DPOC” sob a forma de póster.

Segundo o regulamento nº 140/2019, Diário da República, 2ª série, Nº 26, de 6 de fevereiro de 2019, o enfermeiro especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas, e em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua. Neste sentido, foi possível observar em várias unidades a existência de enfermeiros especialistas que desenvolveram cargos de gestão, como na unidade de convalescença em que na ausência da chefe, o EEER assumia a responsabilidade de gestão; no serviço de ortopedia onde foi possível colaborar numa reunião de 'rapid recovery', um projeto de melhoria do serviço que permitiu compreender a relevância destes programas e como contribuem para a melhoria dos cuidados prestados; na comunidade com o papel de coordenação a ser assumido por um enfermeiro especialista. Neste campo de estágio foi possível também presenciar e participar em reuniões da ECCI, onde foram analisados e escrutinados os indicadores de saúde, bem como foram identificadas oportunidades de melhoria. Assim, foi favorecida a aquisição de conhecimento sobre a utilização de normas, indicadores e instrumentos para avaliar as práticas clínicas, assegurando desta forma, a avaliação sistemática da qualidade e da eficácia dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Por fim, atuou-se em práticas de cuidado que garantiram segurança e proteção para as pessoas e as suas famílias, promovendo um ambiente adequado nos aspetos físico, psicossocial, cultural e espiritual, tentando sempre respeitar-se a bioética e evitando juízos de valor.

Gestão dos Cuidados

Ao nível do domínio da gestão de cuidados, o Regulamento nº 140/2019, no âmbito das competências comuns, estabelece que enfermeiro especialista é responsável pela gestão dos

cuidados, o que implica otimizar as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo assim a segurança e a qualidade das tarefas delegadas. Desenvolveu-se esta competência nos contextos de estágio na promoção do autocuidado, na recomendação de produtos de apoio, na manipulação de dispositivos como o cough assist, na capacitação do familiar cuidador, no contexto do processo de transição entre outros.

Segundo o regulamento das Competências Comuns, o enfermeiro especialista deve também adequar as necessidades dos cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados. Neste âmbito, durante os estágios, constatou-se que em alguns contextos o papel de responsável de turno é atribuído a um enfermeiro especialista, que assume a responsabilidade de coordenar a equipa de prestação de cuidados, negocia recursos adequados à prestação de cuidados, como por exemplo, material do banho, que, por vezes, são escassos e precisam ser geridos adequadamente.

Neste sentido, é importante reconhecer que em contexto clínico algumas competências mais direcionadas para a liderança e gestão podem ser limitadas, ficando-se mais pela observação, a aquisição teórica e a consciência sobre a importância destas áreas constituíram momentos de reflexão e discussão com os diferentes tutores, o que certamente irá favorecer a sua aplicação prática num contexto profissional futuro.

Particularmente, na ECCI, o enfermeiro especialista, que atua como gestor de caso, deve ser a ponte para a equipa multidisciplinar, para os recursos da comunidade, para a pessoa e prestador de cuidados de forma a assegurar o cumprimento do plano de intervenção traçado para a pessoa, garantindo a satisfação, a qualidade e a eficácia dos cuidados. Neste contexto, foi também possível participar com os colegas na referenciação dos doentes para outros prestadores de cuidados como por exemplo para o nutricionista ou para o assistente social.

Durante os estágios, procurou-se seguir todos os procedimentos que visam melhorar a qualidade dos serviços. Norteou-se a prática no planeamento de cuidados e na gestão dos recursos materiais, físicos e humanos associados, garantindo assim a qualidade dos cuidados prestados.

Aprendizagens profissionais

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação deve demonstrar capacidade de autoconhecimento, elemento central na prática de enfermagem, reconhecendo a sua influência no estabelecimento de relações terapêuticas e na integração em equipas multiprofissionais. Para tal, é fundamental que desenvolva a assertividade e fundamente a sua prática clínica na evidência científica.

Desenvolveu-se um percurso de perceção da consciência enquanto pessoa e enfermeira, otimizou-se o autoconhecimento de forma a facilitar a identificação de fatores que pudessem

interferir no relacionamento com a pessoa ou a equipa multidisciplinar. Tentou-se gerir sentimentos e emoções de modo eficaz, visando atuar de uma forma segura e assertiva, mesmo sob pressão. Nesta vertente, o enfermeiro especialista deve assumir-se como um elemento facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo na área da investigação.

Ao longo do estágio procurou-se que as práticas de cuidados de enfermagem fossem fundamentadas através da melhor evidência possível, estabelecendo contacto com peritos nas diferentes áreas e realizando pesquisas bibliográficas sustentadas sempre nas bases de dados mais fidedignas, participando em ações de formação de serviço tanto no contexto hospitalar como na comunidade, dinamizadas por elementos das equipas do contexto mas também por técnicos externos, dos quais resultaram formações assentes, por exemplo, no cough assist e na ventilação não invasiva em cuidados paliativos pediátricos, bem como, nos desafios na gestão dos cuidados à pessoa com compromisso na deglutição.

Durante o estágio em ortopedia, foi constatado que não existia um manual para que as pessoas internadas no serviço pudessem levar para casa após a alta hospitalar. Tendo em conta que a maioria dos internados eram pessoas idosas, que experienciavam níveis elevados de ansiedade relativamente à alta, percebeu-se que essa insegurança resultava da perceção de que não seriam capazes de recordar toda a informação transmitida pelos profissionais de saúde durante o internamento. Neste sentido, foi sugerida a criação de um manual educativo que reunisse as orientações adequadas para o pós-operatório, ajustadas ao tipo de cirurgia realizada, fomentando desta forma momentos de discussão e colaboração com os tutores.

De uma forma geral, tentou-se rentabilizar as oportunidades de aprendizagem e desenvolver conhecimentos atuais para uma prestação de cuidados seguros e competentes, e promovendo assim, a formulação de padrões e procedimentos que contribuam para uma prática clínica especializada.

Desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

A reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, integra um conjunto de conhecimentos e procedimentos específicos que procuram ajudar pessoas com doenças agudas e crónicas a atingir o seu máximo potencial funcional e independência. O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação desenvolve, implementa e monitoriza planos de cuidados personalizados, baseados nas necessidades e desafios de cada pessoa, conforme explanado pelo Regulamento nº 392/2019, de 3 de maio, da Ordem dos Enfermeiros. Por meio do conhecimento e experiências avançadas, os EEER são profissionais capacitados a tomar decisões sobre a promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação, sempre com o objetivo de maximizar o potencial da pessoa.

A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação visa promover o

diagnóstico precoce e ações preventivas, assegurando a manutenção das capacidades funcionais, prevenindo complicações e evitando incapacidades. Além disso, procura estabelecer intervenções que maximizem as funções residuais, preservando ou recuperando a independência nas atividades diárias, assim como minimizar o impacto das incapacidades instaladas nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades.

No que concerne, às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, regidas pelo regulamento nº329/2019, Diário da República, 2ª série - nº85, 3 de maio de 2019, são abordados conhecimentos e habilidades técnicas centradas na recuperação funcional das pessoas. Essas competências são orientadas pelos regulamentos, que estabelecem os domínios de intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, assegurando que estas sejam sempre baseadas em protocolos atualizados e no melhor interesse da pessoa. São três as competências específicas dos EEER, nomeadamente, ser capaz de: "cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados"(p.13566); "capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania"(p.13567) e "maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa"(p.13567).

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

A enfermagem de reabilitação constitui uma área especializada da enfermagem que tem por foco a manutenção e a promoção do bem-estar e da qualidade de vida da pessoa, assim como a recuperação da funcionalidade através da prevenção de complicações, da promoção do autocuidado e da maximização das capacidades (Regulamento nº392/2019). Neste enquadramento, os EEER, têm competências para prestar cuidados especializados a pessoas com incapacidades decorrentes das diversas transições que vivenciam ao longo da vida (Ribeiro, 2021).

No âmbito da conceção e prestação de cuidados, o EEER usa como metodologia científica o Processo de Enfermagem (PE), o qual, além de o auxiliar a pensar criticamente sobre as metas a serem alcançadas, promoverá um desempenho sistemático e intencional (Ribeiro, 2021). O PE apoia o EEER na tomada de decisão e na avaliação dos resultados das intervenções, deve ser personalizado às necessidades de cada pessoa, contribuindo assim para uma individualização e qualificação da assistência prestada às pessoas, família e comunidade inerente. Ao longo dos variados estágios que se realizaram, com uma população alvo bastante diversificada, desde recém-nascidos, passando por jovens adultos, até às pessoas idosas e famílias, conseguiu-se sempre estabelecer planos de cuidados de reabilitação. A partir do momento da identificação do foco/domínio relevante para o EEER, foram desenvolvidas e implementadas atividades de

diagnóstico que permitiram a colheita de dados relevantes, que culminaram na identificação do diagnóstico de enfermagem ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e da realização das AVD's.

No geral, todo o processo de conceber os planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade, foi realizado em todos os locais de estágio.

Este processo, revela-se particularmente significativo na comunidade, uma vez que o EEER, ao desempenhar a função de gestor de caso, elabora um plano de intervenção individualizado. Este plano, é discutido com a pessoa e /ou cuidador, de forma a serem estabelecidas as estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir de forma a promover a autonomia e a qualidade de vida. Após este processo, o Plano de Intervenção (PI) é formalmente assinado por ambas as partes e, posteriormente, incorporado no processo da pessoa como documento oficial.

No âmbito da colheita de dados relevantes, recorreu-se também frequentemente aos seguintes instrumentos de apoio à tomada de decisão: Gugging Swallowing Test (GUSS), Functional Oral Intake Scale (FOIS), International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI), Teste de Tinetti, Mini Mental State Examination (MMSE), Montreal Cognitive Assessment (MoCA), Índice de Barthel, Medida de Independência Funcional (MIF), Formulário de Avaliação da Dependência no Autocuidado (FADA), Aphasia Rapid Test, Modified Medical Research Council Scale (mMRC), Escala de Morse, Time up and go teste (TUG), Escala ASIA (American Spinal Injury Association), Escala de Braden, Escala de House-Brackmann, Escala de Asworth, Teste de Levantar e Sentar, goniometria, dinamometria, prova de marcha de seis minutos, ciclo da marcha, Questionário de Qualidade de Vida SF-36, St.George's Respiratory Questionnaire (SGRQ), COPD Assessment Test (CAT).

A utilização destes instrumentos de apoio é extremamente importante para a sustentação e elaboração do PE, nomeadamente, nas fases da avaliação da pessoa e reavaliação contínua. Contudo, não deixa de ser menos importante a utilização de pelo menos uma teoria de enfermagem que facilite o processo de identificação, descrição ou predição do modo como a pessoa, a família ou a comunidade respondem aos problemas de saúde ou aos processos de vida, tal como a Teoria de Afaf Meleis (2000). A transição é definida por Meleis como uma passagem ou movimento de uma fase da vida, condição ou estado para outro sendo um processo desencadeado por uma mudança (Meleis et al., 2000). Na perspetiva desta teoria, a disciplina de Enfermagem está relacionada com as experiências humanas de transição nas quais a saúde e o bem-estar podem ser considerados resultados da sua intervenção. Nesse sentido, o desafio para os enfermeiros é entender os processos de transição e desenvolver terapêuticas efetivas que ajudem as pessoas a recuperar a estabilidade e o bem-estar (Ribeiro, 2021).

No decorrer do estágio, as transições que surgiram na prática clínica eram sobretudo do tipo

saúde/doença, da qual frequentemente emergiram transições situacionais dos respetivos familiares cuidadores. Face ao tipo de transição, assume especial relevância a sua identificação, sejam elas de desenvolvimento, situacionais, saúde/doença ou organizacionais. As transições possuem diversas propriedades, muitas das vezes inter-relacionadas: a consciencialização, o envolvimento, a mudança, a diferença, o período de tempo e os eventos críticos, devendo ter sempre também em consideração os fatores facilitadores e dificultadores das transições, que podem incluir as condições pessoais, comunitárias e sociais. As terapêuticas de enfermagem referem-se às ações implementadas pelos enfermeiros durante as experiências de transição. E os padrões de resposta constituem os resultados das transições, emergindo os indicadores de processo (sentir-se ligado, em interação, sentir-se situado e desenvolver confiança), e os indicadores de resultado (mestria, reformulação de nova identidade) (Ribeiro, 2021).

Na prática clínica desenvolvida no estágio, o referencial teórico de Afaf Meleis foi imprescindível, para o desenvolvimento de um exercício profissional eficaz e direcionado. Independentemente da transição vivenciada, o EEER deve dar particular atenção ao modo como a pessoa ou cuidador/familiar cuidador se posicionam em relação à nova condição de saúde física, mental, social e económica, ou seja à forma como se consciencializa acerca da situação, e das mudanças (Ribeiro, 2021). A consciencialização é um elemento fundamental em todo o processo. Sem que a pessoa e /ou o cuidador esteja plenamente consciencializado, torna-se impossível garantir que a transição ocorra de forma saudável. Só com a pessoa consciencializada é que se poderá assegurar o envolvimento ativo, necessário para o sucesso do processo de mudança.

É fundamental que o EEER conheça os fatores pessoais (significados atribuídos, crenças e atitudes, status socioeconómico, preparação, conhecimento), da comunidade e da sociedade (apoio familiar e social, recursos disponíveis), uma vez que estes fatores podem requerer terapêuticas de enfermagem que desencadeiem respostas positivas às transições vivenciadas (Ribeiro, 2021).

Este ponto foi bastante explorado no exercício da prática clínica ao longo dos estágios, onde se procurou, em todas as situações, conhecer o contexto de cada pessoa. Percebeu-se que, muitas vezes, apesar das pessoas internadas apresentarem condições clínicas para a alta, a ausência de apoio adequado no domicílio, como o suporte familiar, pode comprometer a efetividade dessa alta. Assim, torna-se fundamental, antes de qualquer decisão, compreender os contextos sociais e familiares envoltos à pessoa, bem como os apoios aos quais estão eventualmente sujeitos.

De forma a garantir as condições necessárias para a alta, é crucial adotar uma abordagem de comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar. Neste contexto, é importante discutir com a assistente social as melhores formas de assegurar o acesso a recursos sociais, como o Complemento por Dependência, Complemento Solidário para Idosos, Prestação Social para

Inclusão, entre outros, caso cumpram os critérios de elegibilidade.

Por fim, assume-se que ocorreu uma transição saudável, quando a pessoa evidencia mestria, através da aquisição de competências que lhe permitem lidar com a nova situação.

Com isto, afirma-se que em todos os contextos de prática clínica avaliou-se a funcionalidade e diagnosticou-se alterações que determinassem limitações da atividade e incapacidades, foram elaborados planos de intervenção com o propósito de promover as capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidados no processos de transição saúde/doença e ou incapacidade; implementou-se as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da eliminação, da alimentação e da sexualidade, assim como foram avaliados os resultados das intervenções implementadas (Regulamento nº 392/2019).

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

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação deve ser capaz de analisar criticamente as problemáticas associadas à deficiência, à limitação da atividade e à restrição da participação, considerando os desafios da sociedade atual. Esta análise deve sustentar o desenvolvimento e a implementação de intervenções autónomas e ou pluridisciplinares alinhadas com os contextos social, político e económico, promovendo uma consciência social inclusiva e centrada na pessoa.

De forma a garantir o sucesso da sua intervenção, o EEER deve estar familiarizado com o conceito de deficiência, incapacidade e desvantagem. Deste modo, a deficiência define-se como “problemas nas funções ou estruturas do corpo como um desvio significativo ou perda” (OMS, 2011). A incapacidade engloba as deficiências, limitações de atividade e restrições de participação, indicando “os aspetos negativos da interação entre a pessoa (com uma condição de saúde) e os fatores contextuais daquela pessoa (fatores ambientais e pessoais)”. Já o conceito de desvantagem realça as consequências de uma deficiência ou incapacidade na comunidade ou ambiente social (OMS, 2011).

De igual importância de definição, a pessoa com deficiência caracteriza-se como a pessoa que “apresente dificuldades específicas suscetíveis de, em conjugação com os fatores do meio, lhe limitar ou dificultar a atividade e a participação em condições de igualdade com as demais pessoas” (Diário da República, 2015, p.16656). Deste modo, e tendo uma prática baseada em evidência científica, será também importante ter o referencial Teórico de Dorothea Orem, a Teoria do Autocuidado, presente, pois não há dúvida que este referencial teórico tem um contributo relevante para a construção do cuidado de enfermagem de reabilitação. No seu referencial, Orem integra três teorias: Teoria do Autocuidado (que exhibe o porquê e o modo como as pessoas cuidam de si próprias), Teoria do Défice do Autocuidado (que indaga o motivo

pelo o qual as pessoas podem ser ajudadas pelos profissionais de enfermagem) e Teoria dos Sistemas de Enfermagem (que apresenta e explica o modo como os enfermeiros e/ou as pessoas dão resposta às necessidades de autocuidado (Wills, 2016; Ribeiro, 2021). A pertinência deste referencial, no âmbito de enfermagem de reabilitação está no seu potencial para sustentar a prática dos EEER, dando particular destaque à pessoa, na medida em que, face às possíveis limitações, considera capaz de aprender novas formas de concretizar o autocuidado (Ribeiro, 2021).

Ao longo da prática clínica, procurou-se avaliar continuamente as necessidades da pessoa em cada momento do processo, identificando a capacidade para realizar as atividades específicas de cada domínio do autocuidado. Esta avaliação teve em consideração o seu potencial de melhoria, com base nas dimensões física, cognitiva, psicológica, social, entre outras. Neste seguimento, no âmbito dos planos de integração, foram realizados ensinamentos e treinos específicos de AVD's, nomeadamente nos domínios do virar-se, erguer-se, transferir-se, sentar-se, cuidar da higiene pessoal, vestir-se/despir-se, alimentar-se e no andar, principalmente no contexto neurológico e comunitário. Neste sentido, no domínio da deglutição, foram prescritas dietas adequadas ao compromisso da deglutição identificada, estratégias compensatórias posturais sensoriais e de consistência para melhorar a deglutição.

No serviço de ortopedia, foi identificada uma senhora com compromisso no autocuidado alimentar-se, após intervenção começou a alimentar-se autonomamente. Foram utilizados produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa nomeadamente o copo adaptado e a colher/garfo adaptado. A prescrição de produtos de apoio promove a independência da pessoa no autocuidado, bem como facilita o desenvolvimento do papel do prestador de cuidados.

Em contrapartida, de forma a facilitar a transmissão de informação, e numa perspetiva de desenvolver a máxima capacidade funcional da pessoa cuidada, no serviço de ortopedia, elaborou-se em conjunto com a equipa multidisciplinar um pequeno manual, onde foram explanados entre outros assuntos, os produtos de apoio, refletindo-se num maior apoio para a pessoa no domicílio.

Importante ressaltar que no processo de aquisição de produtos de apoio, a pessoa com deficiência, beneficia do Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (SAPA). Este sistema atribui gratuitamente produtos para serem usados pela pessoa com deficiência (Instituto Nacional Para a Reabilitação, 2019).

Nesta vertente, foi extremamente importante identificar as barreiras arquitetónicas existentes nomeadamente no domicílio, em contexto comunitário onde muitas vezes para que a pessoa possa ser independente ou atinja o máximo de funcionalidade é necessário recorrer com frequência ao uso de estratégias adaptativas. Desta forma, tentou-se orientar as pessoas para a aquisição de ajudas técnicas como cadeiras ou plataformas elevatórias, puxadores, rampas,

corrimões, barras de apoio, entre outros, conforme a necessidade identificada.

Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

A enfermagem de reabilitação é reconhecida como uma área de intervenção clínica, que dá resposta às necessidades da população. A eficácia dos resultados dos cuidados prestados é avaliada através dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação (Diário da República, 2015). Os padrões de qualidade agregam oito categorias, sendo elas, a satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, reeducação funcional, promoção da inclusão social e organização dos cuidados de enfermagem (Diário da República, 2015). O primeiro enunciado descrito, satisfação do cliente, encontra-se relacionado com o respeito pela autonomia da pessoa durante o processo de reabilitação, emprego de reforço positivo e, discussão de cuidados com o doente e com as pessoas significativas (Diário da República, 2015). Neste seguimento, todos os planos de cuidados foram discutidos com a pessoa cuidada e quando aplicável com o cuidador/cuidador familiar, foram também realizados reforços positivos de forma a motivar as pessoas.

A promoção da saúde caracteriza-se pela identificação de barreiras arquitetónicas, promoção de um ambiente seguro, conceção e desenvolvimento de planos e programas que visem maximizar a capacidade funcional (Diário da República, 2015), mais evidenciado e trabalhado no contexto da comunidade. De uma forma genérica, a prevenção de complicações centra-se na identificação dos fatores de risco que determinam a alteração da funcionalidade e implementação de intervenções que visam prevenir as mesmas.

Consecutivamente, o bem-estar refere-se à identificação de problemas, referenciação das situações problemáticas, como por exemplo, necessidades económicas em que haja uma necessidade de referenciação para o apoio social. O autocuidado envolve a prescrição de produtos de apoio, implementação de programas de reabilitação e ao ensino, instrução e treino do cliente e da pessoa significativa acerca das técnicas que promovem o autocuidado (Diário da República, 2015), nomeadamente no contexto da comunidade onde foram prescritos os produtos de apoio, como tripés ou andarilhos, a pessoas com compromisso no andar, bem como realizado o ensino, a instrução e o treino, de forma a otimizar a autonomia das pessoas.

Identificam-se como parâmetros importantes no enunciado de readaptação funcional, o planeamento de intervenções que maximizem a capacidade funcional da pessoa, o envolvimento do cliente e da pessoa significativa e, ainda o ensino e treino, tendo em consideração os recursos existentes. Importa salientar que, um item comum ao enfermeiro especialista e ao enfermeiro de cuidados gerais inclui o planeamento da alta, de acordo com as necessidades da pessoa e com os recursos da comunidade (Diário da República, 2015). Ao longo da prática clínica foram realizadas várias notas de alta, escrutinadas as necessidades dos doentes de forma a garantir uma continuidade de cuidados mais eficaz. O enfermeiro

especialista neste domínio irá, conjuntamente com a pessoa alvo dos seus cuidados, desenvolver estratégias para a reeducação funcional. Neste parâmetro, pretende-se identificar as necessidades específicas para a realização de atividades de vida diárias, de forma independente. Para além disso, avaliar os aspetos psicossociais que interferem no processo de transição, planeamento das estratégias de reabilitação a implementar e articular com a equipa interdisciplinar para a concretização dos objetivos específicos da pessoa (Diário da República, 2015). No âmbito da promoção da inclusão social, o enfermeiro capacita a comunidade para o respeito, desenvolve estratégias promotoras da inclusão ativa e campanhas anti-estigma (Diário da República, 2015). Neste sentido, na comunidade existiam vários projetos liderados por EEER que davam resposta à promoção da inclusão social, havendo oportunidade de participar ativamente aquando da prática clínica.

Para terminar, o último padrão de qualidade, a organização dos cuidados de enfermagem, caracteriza-se sobretudo pelo domínio do sistema de registos em enfermagem e pelo conhecimento das políticas da instituição de saúde (Diário da República, 2015), evidenciando-se bastante na comunidade, dado a existência de reuniões semanais de ECCI onde eram escrutinados os indicadores de saúde, capazes de traduzir o contributo dos EEER para a saúde das pessoas, assegurando a avaliação sistemática da qualidade e da eficácia dos cuidados de enfermagem de reabilitação, permitindo a sua análise, identificando oportunidades de melhoria e influenciando a política de saúde (Ribeiro, 2021).

Por tudo isto, a prática clínica dos EEER deve partir dos padrões de qualidade, em profunda articulação com as suas competências específicas, sendo necessário e importante, conceber sessões de treino com vista à promoção da saúde, à prevenção de lesões e reabilitação nomeadamente no desempenho motor, cardíaco e respiratório, potenciando o rendimento e desenvolvimento pessoal.

Durante os estágios, a prática foi baseada na conceção e implementação de programas de treino, considerando a individualidade de cada pessoa, tendo sempre como base o processo de enfermagem como abordado anteriormente. Os domínios importantes para a prática, a recolha de dados, formulação de diagnósticos, implementação de intervenções personalizadas e avaliação dos resultados são elementos-chave neste processo. Além disso, a capacitação das pessoas para a autogestão e a continuidade dos cuidados também são focos importantes neste contexto.

Por fim, foram também implementados, cuidados de enfermagem de reabilitação com segurança e qualidade, de forma a promover ações promotoras e preventivas que assegurem a capacidade funcional da pessoa.

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa idosa com compromisso no andar

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca e motora (Regulamento 392/2019).

O andar é uma atividade da vida diária complexa que pode ser influenciada entre outros fatores pela idade, pela presença de patologias, e a incapacidade para andar deve ser superada precocemente de forma que a pessoa recupere tão rápido quanto possível a sua independência para as outras atividades (Mourato, 2020).

Portugal tem cada vez mais, uma população envelhecida e com maiores necessidades inerentes a este processo, sendo que o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação tem um papel primordial na manutenção e melhoria da qualidade de vida desta população. Inerente, ao panorama nacional e às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação torna-se primordial desenvolver competências na pessoa idosa com compromisso no andar.

Face ao referido, e tendo por base o objetivo da unidade curricular, promover uma consciência profissional sobre o papel do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação emerge a necessidade de refletir no domínio do andar, na pessoa idosa, bem como nos respetivos objetivos específicos definidos no módulo I:

Desenvolver competências específicas para identificar dados relevantes na pessoa idosa com compromisso no andar;

Desenvolver competências específicas para identificar diagnósticos na pessoa idosa com compromisso no andar;

Desenvolver competências específicas para identificar objetivos e prescrever intervenções na pessoa idosa com compromisso no andar.

Desenvolver competências específicas para implementar intervenções na pessoa idosa com compromisso no andar.

Desenvolver competências específicas para avaliar os resultados das intervenções implementadas.

Deste modo, ao longo dos estágios, a atuação como EEER baseou-se no desenvolvimento destas competências específicas, tentando sempre desenvolver a prática clínica norteadada na recolha de dados relevantes, na identificação de diagnósticos, na identificação de objetivos, na prescrição e implementação de intervenções bem como na avaliação de resultados, na pessoa idosa com

compromisso no andar como exemplificado na conceção de planos desenvolvida neste relatório.

5. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

Com a síntese final do relatório pretende-se realizar uma análise crítico-reflexiva que culminou do percurso desafiante, exigente e profundamente enriquecedor, percorrido ao longo de todo o Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, em particular, das experiências vividas durante o Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II bem como das competências descritas nos regulamentos nº140 e nº392, e as competências para a obtenção do grau de Mestre, descritas no Decreto-Lei 63/2016. Este percurso foi marcado por aprendizagens, reflexões e transformações que moldaram a minha identidade e contribuíram para o meu crescimento pessoal.

A formação, ao nível de mestrado, exige a mobilização de conhecimentos aprofundados que permitam compreender, integrar e aplicar a evidência científica na prática. Pressupõe, também, competências para comunicar de forma eficaz e para sustentar uma aprendizagem ao longo da vida. Ao longo deste percurso, foi-me exigido um posicionamento reflexivo e crítico sobre a prática, sustentado na teoria, permitindo-me reconhecer a importância da tomada de decisão fundamentada e da partilha interprofissional.

A reflexão sobre os cuidados prestados promove o reconhecimento dos pontos fortes e das áreas a melhorar, potenciando o desenvolvimento profissional. Este processo ocorre através da identificação de necessidades formativas, do reconhecimento de capacidades e da definição de objetivos, promovendo a melhoria contínua da prática. Além disso, contribui para a revisão de estratégias terapêuticas e metodologias de intervenção, reforça a tomada de decisão ética e deontológica, e favorece a partilha de experiências entre profissionais.

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação elabora, executa e monitoriza planos de cuidados especializados, ajustados às necessidades reais e potenciais das pessoas. A sua formação avançada e experiência clínica permitem-lhe atuar de forma autónoma na promoção da saúde, na prevenção de complicações e na reabilitação, com o objetivo de potenciar a funcionalidade e autonomia da pessoa. Neste sentido, a sua intervenção é orientada para a identificação precoce de alterações funcionais, a implementação de medidas preventivas e a realização de intervenções terapêuticas que visam preservar e/ou recuperar a independência nas atividades da vida diária. Atua em diversas áreas funcionais, nomeadamente, na neurológica, respiratória, cardíaca, músculoesquelética e em outras condições que comprometam a funcionalidade. Para tal, recorre a técnicas específicas de reabilitação, promove a capacitação da pessoa, cuidador, família, comunidade envolvente e participa ativamente no planeamento da alta, assegura a continuidade dos cuidados e facilita a

reintegração familiar e comunitária. Através de uma prática centrada na pessoa, contribui para a preservação da dignidade e a melhoria da qualidade de vida.

Deste modo, ao longo da unidade curricular “Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II”, procurou-se privilegiar o diagnóstico precoce e a implementação de ações preventivas orientadas para a preservação das capacidades funcionais da pessoa, com o objetivo de prevenir complicações e evitar a instalação de incapacidades, nomeadamente na pessoa idosa com compromisso no andar. Como abordado em capítulos anteriores, o EEER (I) cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo de todo o ciclo vital, em todos os contextos da prática de cuidados; (II) capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania; (III) maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa, podemos objetivar com estas competências que cada uma visa a implementação e avaliação de planos e programas especializados, tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e participação na sociedade da pessoa cuidada e pessoas significativas. Ao nível das competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) (Regulamento n.º 140/2019) inclui-se competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, do domínio da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Neste contexto, procurou-se ao longo da prática clínica envolver não só a pessoa cuidada, mas também pessoas significativas, ensinou-se, instruiu-se e treinou-se, tendo em consideração os recursos existentes.

Os contextos de estágio, distintos nas suas dinâmicas e nas especificidades populacionais, foram determinantes para consolidar esta formação. Vivenciei realidades desafiantes, contactei com equipas diversas e aprofundei a consciência sobre os determinantes sociais, clínicos e emocionais que influenciam os percursos de saúde e reabilitação das pessoas. A prática refletida e orientada permitiu-me crescer em sensibilidade ética, competência técnica, empatia e rigor científico. A escolha do tema central, a intervenção do EEER na pessoa idosa com compromisso no andar, adveio da elevada prevalência desta limitação e da necessidade urgente de intervir precocemente, promovendo-se desta forma a mobilidade e a prevenção da perda da autonomia. Neste domínio, foram reforçadas a importância das avaliações sistematizadas, intervenções individualizadas, treino funcional e educação terapêutica, com foco na capacitação da pessoa. Destaco aqui ainda mais o domínio da comunicação. A capacidade de comunicar eficazmente, tanto de forma verbal como não verbal, foi fundamental para estabelecer uma relação terapêutica de confiança, promover a adesão às intervenções propostas e garantir o envolvimento ativo da pessoa nos seus próprios cuidados, principalmente na pessoa idosa que é frequentemente afetada por alterações cognitivas, sensoriais ou emocionais condicionando a expressão e a compreensão da mensagem. Foi através da escuta ativa, da empatia e da adaptação da linguagem que consegui comunicar com eficácia, respeitando a dignidade, os valores e as necessidades da pessoa. Neste percurso, foi também evidente o crescimento das

competências de pensamento crítico, trabalho em equipa e liderança colaborativa, fundamentais à prática especializada.

A reflexão sistemática e fundamentada sobre as experiências vivenciadas, as dificuldades sentidas e os sucessos alcançados foram uma constante ao longo deste percurso. Esta prática reflexiva permitiu reconhecer os meus pontos fortes, identificar áreas de melhoria e traçar metas concretas de desenvolvimento profissional, em conformidade com uma postura ética, crítica e responsável. As competências de investigação, liderança, supervisão e formação, também previstas no perfil do mestre e do especialista, foram igualmente trabalhadas, nomeadamente através da participação ativa em projetos nomeadamente na comunidade, como na orientação de práticas baseadas na evidência.

Este relatório não é o término de uma caminhada, mas sim o início de uma longa jornada. Trata-se de um processo de construção onde metaforicamente podemos incluir a construção de uma casa, que assentada em bons alicerces vai crescendo e transformando-se no que sonhamos e tanto trabalhamos para alcançar. O Mestrado em Enfermagem de Reabilitação para mim constitui o início de uma história que espero que se adivinhe bonita e que traga muitos frutos. É sempre preciso semear, primeiro, para depois colher. E espero que todo o meu trajeto se reflita nisso, sempre com o compromisso permanente de contribuir para uma enfermagem mais qualificada, humana e centrada nas reais necessidades da pessoa, da família e da comunidade.

Deste modo, considera-se que foram atingidos os objetivos da unidade curricular “Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II” através de uma aprendizagem reflexiva que permitiu atualizar conhecimentos dentro do plano de estudos académico.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aagaard, P., Suetta, C., Caserotti, P., Magnusson, S. P., & Kjaer, M. (2010). Role of the nervous system in sarcopenia and muscle atrophy with aging: Strength training as a countermeasure. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 20(1), 49-64. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2009.01084.x>

Abramoff, B., & Caldera, F. E. (2020). Osteoarthritis: Pathology, diagnosis, and treatment options. *The Medical Clinics of North America*, 104(2), 293-311.

Al-Namaeh, M. (2022). Causas comuns de deficiência visual em idosos. *Medical Hypothesis, Discovery & Innovation in Ophthalmology*, 10(4), 191-200. <https://doi.org/10.51329/mehdiophthal1438>

Alcobia, A. F., Ferreira, R. F., Soares, M. J., & Vieira, J. V. (2019). Enfermagem de reabilitação a pessoas idosas com andar comprometido. *Journal of Aging & Innovation*, 8(2), 28-43. <http://journalofagingandinnovation.org/>

Alves, F. J. (2012). O contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação na pessoa com dependência em contexto de cuidados de saúde primários [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto].

American Occupational Therapy Association. (2020). Occupational therapy practice framework: Domain and process (4th ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 74(Suppl. 2), 7412410010p1-7412410010p87.

Andersen, J. L. (2003). Muscle fibre type adaptation in the elderly human muscle. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 13(1), 40-47.

Aquim, E. E., Bernardo, W. M., & Buzzini, R. F. (2019). Diretrizes brasileiras de mobilização precoce em unidade de terapia intensiva. *Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB)*.

Araújo, P., Soares, S., 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 (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (Capítulo 12.1). Lidel - Edições Técnicas.

Australian Government. (2013). The livable and adaptable house. In *Your Home - Australia's guide to environmentally sustainable homes*. <https://www.yourhome.gov.au/housing/livable-and-adaptable-house>

Awwad, O., Akour, A., Al-Muhaissen, S., & Morisky, D. (2015). The influence of patients'

knowledge on adherence to their chronic medications: A cross-sectional study in Jordan. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 37(3), 504-510.

Azevedo, P., Gomes, B., Pereira, J., Carvalho, F., Ferreira, S., Pires, A., & Macedo, J. (2019). Dependência funcional na alta dos cuidados intensivos: Relevância para a enfermagem de reabilitação. *Enfermagem Referência*, IV(20), 129-138.

Bayles, M. A., Kadylak, T., Liu, S., Hasan, A., Liang, W., Hong, K., Driggs-Campbell, K., & Rogers, W. A. (2022). Uma abordagem interdisciplinar: Potencial de suporte robótico para abordar as barreiras de orientação entre pessoas com deficiência visual. *Anais da Reunião Anual da Sociedade de Fatores Humanos e Ergonomia*, 66(1), 1164-1168.

Belleville, S., Hudon, C., Bier, N., Brodeur, C., Gilbert, B., Grenier, S., & Gauthier, S. (2018). MEMO+: Efficacy, durability and effect of cognitive training and psychosocial intervention in individuals with mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*.

Bento, J. I. (2015). Intervenção do enfermeiro de reabilitação na adaptação da pessoa idosa com alteração da mobilidade ao seu domicílio [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa].

Berger, S., & Porell, F. (2008). A associação entre baixa visão e função. *Journal of Aging and Health*, 20(5), 504-525.

Bischott, H. A. (2003). Identifying a cut-off point for normal mobility: A comparison of the timed “up and go” test in community-dwelling and institutionalized elderly women. *Age and Ageing*, 32(3), 315-320.

Bohannon, R. W., & Smith, M. B. (1987). Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. *Physical Therapy*, 67(2), 206-207.

Botelho, A., Oliveira, R., & Teodoro, T. (2023). *Geriatria: Conceitos essenciais e casos clínicos*. Lidel.

Boyer, K. A., McKinnon, N. B., LaRoche, D. P., Franz, J. R., Clark, D. J., & Reeves, N. D. (2023). Biomechanics of mobility in aging: A report from a National Institute on Aging workshop. *Experimental Gerontology*, 174, 112102.

Brigatto, F. A., Lima, L. A., Germano, M. D., Aoki, M. S., Braz, T. V., & Schoenfeld, B. J. (2020). Effects of resistance training volume on muscle hypertrophy: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Exercise Science*, 13(6), 785-802.

Brown Wilson, C., Arendt, L., Nguyen, M., Scott, T. L., Neville, C. C., & Pachana, N. A. (2019). Nonpharmacological interventions for anxiety and dementia in nursing homes: A systematic review. *The Gerontologist*, 59(6), e731-e742.

Budib, M. B., et al. (2020). Influence of physical rehabilitation on functional aspects in individuals

submitted to total hip arthroplasty: A systematic review. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 23(2).

Caldeira, I. S. R. (2022). Contributos da Enfermagem de Reabilitação na prevenção das complicações músculo-esqueléticas decorrentes da imobilidade em contexto de doença aguda [Relatório de estágio de mestrado, Universidade de Évora]. Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus; Instituto Politécnico de Beja; Instituto Politécnico de Castelo Branco; Instituto Politécnico de Portalegre; Instituto Politécnico de Setúbal.

Calzada, J. V. D., Alves, B. C. M., Santana, G. V., Araújo, G. C. C., & Leal, K. B. C. P. (2024). Síndrome do imobilismo na geriatria: Um desafio multidimensional na saúde do idoso. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação - REASE*, 10(8), 4158-4172.

Carneiro, R. C. M. S., Antunes, M. D., Abiko, R. H., Cambiriba, A. R., Santos, N. Q., Silva, S. D., & Bertolini, S. M. M. G. (2018). Constipação intestinal em idosos e sua associação com fatores físicos, nutricionais e cognitivos. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 23(1), 11-19.

Casagrande, M., Forte, G., Favieri, F., & Corbo, I. (2022). Qualidade do sono e envelhecimento: Uma revisão sistemática sobre idosos saudáveis, comprometimento cognitivo leve e Doença de Alzheimer. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14), 8457.

Chaves, S. P. L., Fonseca, I. C. D. A., Macedo, M. L. M., Lucena, N. N. N. de, Pontes, E. S., Sarmiento, A. Q., Ferreira, O. G. L., & Amaral, A. K. F. J. do. (2021). Alteração de deglutição em idosos pós acidente vascular cerebral: Um estudo de revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(9), e36910917978.

Chen, P., Lin, M., Peng, L., Liu, C., & Lin, Y. (2012). Predicting cause-specific mortality of older men living in the veterans home by handgrip strength and walking speed: A 3 year, prospective cohort study in Taiwan. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13.

Cochar-Soares, N., Delinocente, M. L. B., & Dati, L. M. M. (2021). Fisiologia do envelhecimento: da plasticidade às consequências cognitivas. *Revista Neurociências*, 29(1), 1-28.

Costa, C. S. P. da. (2020). Avaliação da deglutição: Intervenção do enfermeiro de reabilitação [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo - Escola Superior de Saúde].

Couto, G., Silva, R. P., Mar, M. J., & Gomes, B. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso do sistema cardiorrespiratório. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (Capítulo 12.1). Lidel - Edições Técnicas.

Cruz-Jentoft, A. J., et al. (2019). Sarcopenia: Revised European consensus on definition and diagnosis. *Age and Ageing*, 48(1), 16-31.

Cunha, F., Pinto, M. R., & Vieira, M. (2023). Capacidade de autocuidado de pessoas idosas

portuguesas residentes em contexto domiciliário. *Pensar Enfermagem*, 27(1), 76-81.

Dahm, C. C., Hoping, M., et al. (2010). Dietary fiber and risk of cardiovascular disease: A meta-analysis. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 91(1), 125-134.

Damoiseaux, J. S. (2017). Efeitos do envelhecimento na conectividade cerebral funcional e estrutural. *NeuroImage*, 160, 32-40.

De-Rosende-Celeiro, I., Torres, G., Martínez-Martínez, F., & Pousada, T. (2019). Exploring the use of assistive products to promote functional independence in self-care activities in the bathroom. *PLOS ONE*, 14(4), e0215002.

Decreto-Lei n.º 63/2016, de 13 de setembro. (2016). *Diário da República*, 1.ª série, n.º 176.

Dias, N. A. G. P. (2024). Efeitos de um programa de exercício físico na coordenação motora grossa e fina em idosos destreinados [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Desporto de Rio Maior].

Direção-Geral da Saúde. (2019). Prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares: Circular normativa nº 054/2011 de 30/04/2012.

Do, K., & Yim, J. (2020). Effects of muscle strengthening around the hip on pain, physical function, and gait in elderly patients with total knee arthroplasty: A randomized controlled trial. *Healthcare*, 8(4), 489.

El Assar, M., Álvarez-Bustos, A., Sosa, P., Angulo, J., & Rodríguez-Mañas, L. (2022). Effect of physical activity/exercise on oxidative stress and inflammation in muscle and vascular aging. *International Journal of Molecular Sciences*, 23(15), 8593.

Eliopoulos, C. (2020). *Enfermagem Gerontológica* (9.ª ed.). Artmed.

Eller, L. S., Lev, E. L., Yuan, C., & Watkins, A. V. (2018). Describing self-care self-efficacy: Definition, measurement, outcomes, and implications. *International Journal of Nursing Knowledge*, 29(1), 38-48.

Fancello, V., Hatzopoulos, S., Santopietro, G., Fancello, G., Palma, S., Skarżyński, P. H., Bianchini, C., & Ciorba, A. (2023). Vertigo in the elderly: A systematic literature review. *Journal of Clinical Medicine*, 12(6), 2182.

Ferreira, A., Pierdevara, L., Ventura, I., Gracias, A., Marques, J., & Reis, M. (2018). The Gugging Swallowing Screen: A contribution to the cultural and linguistic validation for the Portuguese context. *Revista de Enfermagem Referência*, 15(16), 85-94.

Figueiredo, M. C. C. M., Freire, M. E. M., Pontes, M. L. F., Araújo, C. R. D., & Monteiro, E. A. (2024). Imobilidade e síndrome da imobilidade: Implicações para a saúde da pessoa idosa. *Enfermagem em Foco*, 15, e-202441.

- Fleck, S. J., & Kraemer, W. J. (2017). Fundamentos do treinamento de força muscular. *Artmed*.
- Ford, E., Greenslade, N., Paudyal, P., Bremner, S., Smith, H. E., Banerjee, S., Sadhwani, S., Rooney, P., Oliver, S., & Cassell, J. (2018). Predicting dementia from primary care records: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 13(3), e0194735. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194735>
- Fragala, M. S., Cadore, E. L., Dorgo, S., Izquierdo, M., Kraemer, W. J., Peterson, M. D., & Ryan, E. D. (2019). Resistance training for older adults: Position statement from the National Strength and Conditioning Association. *Journal of Strength and Conditioning Research*, 33(8), 2019-2052.
- Ganguly, J., Kulshreshtha, D., Almotiri, M., & Jog, M. (2021). Muscle tone physiology and abnormalities. *Toxins*, 13(4), 282. <https://doi.org/10.3390/toxins13040282>
- Garcia, S., Cunha, M., & Novo, A. (2021). Programa de treino de equilíbrio para pessoa idosas. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (Capítulo 12.1). Lidel - Edições Técnicas.
- GBD 2021 Osteoarthritis Collaborators. (2023). Global, regional, and national burden of osteoarthritis, 1990-2020 and projections to 2050: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Rheumatology*, 5(9), e508-e522.
- Gil, A. C. C., Sousa, F. M. M., & Martins, M. M. (2020). Implementação de programa de enfermagem de reabilitação em idoso com fragilidade/síndrome de desuso - Estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 96-102. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.5.5794>
- Goodpaster, B. H., Carlson, C. L., Visser, M., Kelley, D. E., Scherzinger, A., Harris, T. B., et al. (2001). Attenuation of skeletal muscle and strength in the elderly: The Health ABC Study. *Journal of Applied Physiology*, 90(6), 2157-2165.
- Groessl, E. J., Kaplan, R. M., Rejeski, W. J., Katula, J. A., Glynn, N. W., King, A. C., Anton, S. D., Walkup, M., Lu, C.-J., Reid, K., Spring, B., & Pahor, M. (2019). Physical activity and performance impact long-term quality of life in older adults at risk for major mobility disability. *American Journal of Preventive Medicine*, 56(1), 141-146. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.09.006>
- Guertin, P. A. (2025). Cardiovascular diseases, vital organ fibrosis, and chronic inflammation associated with high-intensity and/or high-volume exercise training: Double-edged sword effects of vigorous physical activity in elderly people and/or in middle-age cancer-therapy-treated patients. *Journal of Functional Morphology and Kinesiology*, 10(1), Article 8.
- Gómez-Soria, I., Ferreira, C., Oliván-Blázquez, B., Aguilar-Latorre, A., & Calatayud, E. (2024). Predictive variables of depressive symptoms and anxiety in older adults from primary care: A cross-sectional observational study. *Psychogeriatrics*, 24(1), 46-57.

- Harada, C. N., Natelson, L. M. C., & Triebel, J. L. (2013). Normal cognitive aging. *Clinics in Geriatric Medicine*, 34(4), 637-651. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2018.06.009>
- Hochberg, C., Maul, E., Chan, E. S., Landingham, S. V., Ferrucci, L., Friedman, D. S., & Ramulu, P. Y. (2012). Associação da perda de visão no glaucoma e degeneração macular relacionada à idade com incapacidade para IADL. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 53(6), 3201-3206.
- Hoeman, S., Lizzner, K., & Alverzo, J. (2011). Mobilidade funcional nas atividades de vida diária. In S. Hoeman (Ed.), *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados* (4.^a ed., pp. 209-270). Lusodidacta.
- Ibrahim, N. A., Wong, Y. Y., Lean, Q. Y., Ramasamy, K., Lim, S. M., Tan, M. P., & Abdul Majeed, A. B. (2023). Autogestão de medicamentos entre idosos com fragilidade cognitiva. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. Advance online publication.
- Institute of Medicine. (2004). *Dietary intakes for water, potassium, sodium, chloride, and sulfate*. National Academies Press.
- Instituto Nacional de Estatística (2022). *Causas de morte 2021*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=594417880&DESTAQUESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística. (2024). *Tábuas de mortalidade para Portugal - 2021-2023*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?DESTAQUESdest_boui=646027819&DESTAQUESmodo=2&xpgid=ine_destaques&xpid=INE
- Instituto Nacional para a Reabilitação. (2019). *Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (SAPA)*.
- International Council of Nurses. (2015). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®): Versão 2015*. Ordem dos Enfermeiros.
- International Council of Nurses. (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®): Versão 2019*. Ordem dos Enfermeiros.
- International Council of Nurses. (2019). *International Classification for Nursing Practice (ICNP) 2019 Release*. ICN.
- Kear, B. M., Guck, T. P., & McGaha, A. L. (2017). Timed Up and Go (TUG) Test: Normative reference values for ages 20 to 59 years and relationships with physical and mental health risk factors. *Journal of Primary Care & Community Health*, 8(1), 9-13.
- Kisner, C., & Colby, L. A. (2013). Exercícios terapêuticos: Fundamentos e técnicas. In *Exercícios terapêuticos: Fundamentos e técnicas* (pp. 1000-1000).

- Klaus, J. H., Nardin, V. de, Paludo, J., Scherer, F., & Dal Bosco, S. M. (2015). The prevalence of and factors associated with constipation in elderly residents of long stay institutions. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(4), 835-843.
- Larner, A. J. (2018). *Dementia in clinical practice: A neurological perspective* (3rd ed.). Springer Berlin Heidelberg.
- Leite, G., Pimentel, M., Barlow, G. M., Chang, C., Hosseini, A., Wang, J., Parodi, G., Sedighi, R., Rezaie, A., & Mathur, R. (2021). Age and the aging process significantly alter the small bowel microbiome. *Cell Reports*, 36(13), 109765.
- Lemos, I. C. (2017). *Impacto de um programa domiciliário de exercício físico na pessoa com doença cardíaca isquémica* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Bragança].
- Leão, R. (2022). *Disfagia - Receitas adaptadas com cor e sabor*. Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE.
- Lima, F., Melo, G., Fernandes, D. A., Santos, G. M., & Rosa Neto, F. (2021). Effects of total knee arthroplasty for primary knee osteoarthritis on postural balance: A systematic review. *Gait & Posture*, 89, 139-160. <https://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2021.04.042>
- Lin, H., Xiao, S., Shi, L., et al. (2021). Impact of multimorbidity on symptoms of depression, anxiety, and stress in older adults: Is there a sex difference? *Frontiers in Psychology*, 12, 5904.
- Lopes, M., Escoval, A., Pereira, D., Pereira, C., Carvalho, C., & Fonseca, C. (2013). Evaluation of elderly persons functionality and care needs. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(spe), 52-60.
- Loureiro, C. (2010). Estratégias adaptativas face à incapacidade permanente em contexto de Acidente Vascular Cerebral. In M. A. Costa, B. P. Gomes, & M. M. Martins (Orgs.), *Colectânea de textos - Enfermagem de reabilitação* (pp. 155-191). Formasau.
- Lourenço, M., Faria, A., Ribeiro, R., & Ribeiro, O. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso do sistema musculoesquelético. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (Capítulo 12.1). Lidel - Edições Técnicas.
- Maes, C., Gooijers, J., Orban de Xivry, J.-J., Swinnen, S. P., & Boisgontier, M. P. (2017). Two hands, one brain, and aging. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 75, 234-256.
- Maia, D. F., Farias, Á. L. P., Oliveira, M. A. T., Nascimento, M. A. M., Carvalho, R. M. B., Pinho, G. H. F., Souto Filho, J. M., & Costa, R. M. A. (2023). Desenvolvimento motor de um grupo de idosos [Motor development of a group of elderly]. *Revista Contemporânea*, 3(9), Artigo 13590.
- Maier, A., Riedel-Heller, S. G., Pabst, A., & Luppa, M. (2021). Risk factors and protective factors of depression in older people 65+: A systematic review. *PLOS ONE*, 16, e0251326.

Manor, B., Lough, M., Gagnon, M. M., Cupples, A., Wayne, P. M., & Lipsitz, L. A. (2014). Functional benefits of tai chi training in senior housing facilities. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(8), 1484-1489.

Marek, K. D., & Antle, L. (2008). Medication management of the community-dwelling older adult. In R. G. Hughes (Ed.), *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses* (pp. 22-30). Agency for Healthcare Research and Quality (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2670/>

Marques-Vieira, C., & Caldas, A. (2017). A relevância do andar: Reabilitar a pessoa com andar comprometido. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 547-557). Lusodidacta.

Marques-Vieira, C., & Caldas, A. L. C. (2017). A relevância do andar: Reabilitar a pessoa com andar comprometido. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (1.^a ed., pp. 547-557). Lusodidacta.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.

Melo, B. R. S., Diniz, M. A. A., Casemiro, F. G., Figueiredo, L. C., Santos-Orlandi, A. A., Haas, V. J., Orlandi, F. S., & Grato, A. C. M. (2017). Avaliação cognitiva e funcional de idosos usuários do serviço público de saúde. *Escola Anna Nery*, 21(4), e20160388.

Ministério da Saúde. (2006). Decreto-Lei n.º 101/06. *Diário da República*, I Série, n.º 109, 3856-3865.

Moellenbeck, B., Kalisch, T., Gosheger, G., Horst, F., Seeber, L., Theil, C., Schmidt-Braekling, T., & Dieckmann, R. (2023). Behavioral conformity of physical activity and sedentary behavior in older couples with one partner suffering from end-stage osteoarthritis. *Clinical Interventions in Aging*, 18, 1237-1248.

Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos valores normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse*, 2(9), 10-16.

Mortelmans, L., De Baetselier, E., Goossens, E., & Dilles, T. (2021). What happens after hospital discharge? Deficiencies in medication management encountered by geriatric patients with polypharmacy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 7031.

Mourato, A. (2020). Intervenção sistematizada de enfermagem de reabilitação na prevenção de complicações decorrentes da imobilidade: Andar comprometido [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/34572Comum>

Muscolino, J. E. (2008). *Cinesiologia: A base para o movimento humano* (1.^a ed.). Lusodidacta.

National Strength and Conditioning Association. (2019). Resistance training for older adults: New NSCA position stand. IDEA Health & Fitness Association.

Neumann, D. A. (2017). Cinesiologia do sistema musculoesquelético: Fundamentos para a reabilitação (3.^a ed.). Elsevier Brasil.

O'Neil, A., Jacka, F. N., Quirk, S. E., Cocker, F., Taylor, C. B., Oldenburg, B., & Berk, M. (2015). A shared framework for the common mental disorders and non-communicable disease: Key considerations for disease prevention and control. *BMC Psychiatry*, 15, 15. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0394-0>

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2022). Relatório de Primavera 2022: E agora?

Oliveira, C., Couto, G., & Silva, R. P. (2021). Enfermagem de reabilitação nos cuidados de saúde primários. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (Capítulo 34). Lidel - Edições Técnicas.

Oliveira, P. A., Martins, M. M., Mendes, M., Vandresen, L., Gomes, B. P., & Ribeiro, O. M. P. L. (2023). Equilíbrio e marcha de pessoas idosas: Avaliação com recurso a tecnologia. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(2), Artigo e338.

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. (2015). Código deontológico. Inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Padrão documental dos cuidados de enfermagem de reabilitação. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 392/2019 - Regulamento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. *Diário da República*, 2.^a série, n.º 85, 13565-13568. <https://dre.pt/application/conteudo/122216893>

Ordem dos Enfermeiros. (2023). Guia orientador de boas práticas de enfermagem de saúde mental de ligação. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32539/gobpsaudementalligacao_v3ok.pdf

Organização Mundial da Saúde (2011). Relatório mundial sobre a deficiência (S. M. B. de A., Trad.). Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência.

Organização Mundial da Saúde. (2015). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. OMS.

Organização Mundial da Saúde. (2020). Década do Envelhecimento Saudável 2021-2030: Plano de ação. Organização Mundial da Saúde.

Palma, M. C. (2021). Programa de Reeducação Funcional Motora para a Diminuição do Risco de Queda no Idoso Hospitalizado [Relatório de Estágio de Mestrado, Instituto Politécnico de Beja / Universidade de Évora]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Beja.

Papadopoulou, S. K., Tsintavis, P., Potsaki, P., & Papandreou, D. (2020). Differences in the prevalence of sarcopenia in community-dwelling, nursing home and hospitalized individuals: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 24(1), 83-90. <https://doi.org/10.1007/s12603-019-1267-x>

Pechorro, M. J. da C. (2019). Promoção da mobilidade funcional no idoso: Intervenção do especialista em Enfermagem de Reabilitação [Relatório de estágio de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal.

Pelicioni, P. H. S., Pereira, M. P., Lahr, J., & Gobbi, L. T. B. (2015). Análise cinética e cinemática do levantar e andar em jovens e idosos. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 3(3), 237-244. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0101328915000554>

Perry, J. (2005). Análise de marcha: Volume III - Sistemas de análise de marcha. Manole.

Petiz, E. (2002). A atividade física, equilíbrio e quedas: Um estudo em idosos institucionalizados [Tese de mestrado não publicada, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto].

Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. *Lusociência - Edições Técnicas e Científicas*.

Pina, J. A. E. (2017). Anatomia humana da locomoção. Lidel.

Pinto, D., Magalhães, S., & Ferreira, S. (2023). Capacitação do cuidador informal para a abordagem do equilíbrio corporal da pessoa dependente em contexto domiciliário. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(2), e365.

Porto, J. M., Losimuta, N. C. R., Coelho, A. C., & Abreu, D. C. C. (2019). Recomendações para prescrição de dispositivos auxiliares da marcha em idosos. *Acta Fisiátrica*, 26(3), 171-175. <https://doi.org/10.11606/issn.2317-0190.v26i3a166646>

Radaelli, R., Taaffe, D. R., Newton, R. U., Galvão, D. A., & Lopez, P. (2021). Exercise effects on muscle quality in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, 11, Article 13218.

Ramsey, K. A., Rojer, A. G. M., D'Andrea, L., Otten, R. H. J., Heymans, M. W., Trappenburg, M. C., Verlaan, S., Whittaker, A. C., Meskers, C. G. M., & Maier, A. B. (2021). The association of

objectively measured physical activity and sedentary behavior with skeletal muscle strength and muscle power in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 67, 101266. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2021.101266>

República Portuguesa. (2015). Regulamento n.º 350/2015 de 22 de junho. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 119. Ordem dos Enfermeiros.

República Portuguesa. (2019). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 26. Ordem dos Enfermeiros.

República Portuguesa. (2019). Regulamento n.º 392/2019 de 3 de maio. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 85. Ordem dos Enfermeiros.

Ribeiro, O. (Ed.). (2021). *Enfermagem de Reabilitação - Concepções e Práticas*. Lidel - Edições Técnicas.

Ruwer, S., Rossi, A., & Simon, L. (2005). Equilíbrio no idoso. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 71(3), 298-303.

Sacramento, A. M., Chariglione, I. P. F. S., Melo, G. F., & Cárdenas, C. J. (2021). Avaliação da autoeficácia e da memória em idosos: Uma análise exploratória. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 37, e373113.

Santos, T. J. (2024). O ensino e treino em doentes com défice no autocuidado marcha, por situação aguda do foro ortopédico e neurotraumático: Uma perspetiva dos cuidados de enfermagem de reabilitação [Relatório de estágio de mestrado, Universidade de Évora]. Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus; Instituto Politécnico de Beja; Instituto Politécnico de Castelo Branco; Instituto Politécnico de Portalegre; Instituto Politécnico de Setúbal.

Seidler, R. D., Bernard, J. A., Burutolu, T. B., Fling, B. W., Gordon, M. T., Gwin, J. T., Kwak, Y., & Lipps, D. B. (2010). Motor control and aging: Links to age-related brain structural, functional, and biochemical effects. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 34(5), 721-733. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.10.005>

Sell, H., Sell, S., & Stein, T. (2024). Mobility requirements and joint loading during straight walking and 90° turns in healthy older people and those with hip osteoarthritis. *Journal of Clinical Medicine*, 13(17), 5021.

Sequeira, C. (Coord.). (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lidel - Edições Técnicas.

Silva Junior, M. C. M., Santos, M. R., Jesus, S. L. F., Almeida, M. R. M., Rocha, J. D. N., Neves, J. S., Anjos, J. L. M., & Martinez, B. P. (2021). Avaliação da diferença na força muscular periférica entre admissão e alta em idosos hospitalizados. *Acta Fisiátrica*, 28(2), 73-77.

Song, H. J., Meade, K., Akobundu, U., & Sahyoun, N. R. (2014). Depression as a correlate of functional status of community-dwelling older adults: Utilizing a short-version of 5-item Geriatric Depression Scale as a screening tool. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 18(8), 765-770.

Sousa, L., Araújo, O., & Sequeira, C. (2024). *Enfermagem em gerontologia e geriatria*. Lidel.

Sousa, S. S., Valente, S., Lopes, M., Ribeiro, S., Abreu, N., & Alves, E. (2024). Intervenção de enfermagem e o autocuidado andar no adulto em contexto hospitalar: Um estudo descritivo e correlacional. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 7(1), e366. <https://doi.org/10.33194/rper.2024.366>

Souza, W. C., Sá, M. C., & Kokudai, R. L. N. (2023). Ativação muscular no tratamento da gonartrose: Uma revisão bibliográfica. *Revista Saúde & Vida*, 10(1), 109-124.

Suetta, C., Aagaard, P., Rosted, A., Jakobsen, A. K., Duus, B., Kjaer, M., et al. (2004). Training-induced changes in muscle CSA, muscle strength, EMG, and rate of force development in elderly subjects after long-term unilateral disuse. *Journal of Applied Physiology*, 97(5), 1954-1961.

Sun, D., Lo, K. M., Chen, S. C., Leung, W. W., Wong, C., Mak, T., Ng, S., Futaba, K., & Gregersen, H. (2024). Consistency of feces affects defecatory function. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*. <https://doi.org/10.5056/jnm22177>

Swenor, B. K., Lee, M. J., Varadaraj, V., Whitson, H. E., & Ramulu, P. Y. (2020). Envelhecimento com perda de visão: Uma estrutura para avaliar o impacto da deficiência visual em idosos. *The Gerontologist*, 60(6), 989-995.

Szakács, J., & Silişteanu, A.-E. (2022). Assessment of the quality of life in patients with chronic degenerative osteoarticular diseases (gonarthrosis, coxarthrosis). *Balneo and PRM Research Journal*, 13(2), 503.

Thoma-Lurken, T., Lexis, M. A. S., Bleijlevens, M. H. C., & Meerveld, J. P. H. M. (2018). Development and usability of a decision support app for nurses to facilitate aging in place for people with dementia. *Applied Nursing Research*, 42, 35-44.

Tomlinson, J., Silcock, J., Smith, H., Karban, K., & Fylan, B. (2020). Post-discharge medicines management: The experiences, perceptions and roles of older people and their family carers. *Health Expectations*, 23(6), 1603-1613.

Turrini, S., Bevacqua, N., Cataneo, A., Chiappini, E., Fiori, F., Battaglia, S., Romei, V., & Avenanti, A. (2023). Neurophysiological markers of premotor-motor network plasticity predict motor performance in young and older adults. *Biomedicines*, 11(5), 1464.

Tábuas-Pereira, M., Freitas, S., Beato-Coelho, J., Ribeiro, J., Parra, J., Martins, C., Silva, M., Matos, M. A., Nogueira, A. R., Silva, F., Sargento-Freitas, J., Cordeiro, G., Cunha, L., & Santana, I. (2018). Aphasia Rapid Test: Estudos de tradução, adaptação e validação para a população portuguesa.

Acta Médica Portuguesa, 31(5), 265.

Van As, B. A. L., Imbimbo, E., Franceschi, A., Menesini, E., & Nocentini, A. (2022). The longitudinal association between loneliness and depressive symptoms in the elderly: A systematic review. *International Psychogeriatrics*, 34(7), 657-669.

Vaz Serra, A. (1988). O auto-conceito. *Análise Psicológica*, 2(6), 101-110.

Verde, F. F. (2015). A família como parceira nos cuidados [Dissertação de mestrado, Universidade Católica].

Vigia, C., Ferreira, C., & Sousa, L. (2017). Treino de atividades de vida diária. In C. Marques- Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (1.^a ed., pp. 351-363). Lusodidacta.

Wang, D. X. M., Yao, J., Zirek, Y., Reijnierse, E. M., & Maier, A. B. (2020). Muscle mass, strength, and physical performance predicting activities of daily living: A meta-analysis. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, 11(1), 3-25.

Wills, E. M. (2016). Grandes teorias da enfermagem baseadas nas necessidades humanas. In M. McEwen & E. M. Wills (Orgs.), *Bases Teóricas de Enfermagem* (4.^a ed., pp. 133-161). Artmed.

Woldemariam, S. N., Pedra, V. K., Haider, S., Mangler, M., & Dorner, T. E. (2023). Factors associated with informal and professional care, and unmet care needs in persons with deficits in activities of daily living in Austria: Results of two repetitive population-based surveys in people aged ≥ 65 years. *International Journal of Integrated Care*, 23(S1), 74.

Wu, H., Wei, Y., Miao, X., Li, X., Feng, Y., Yuan, Z., Zhou, P., Ye, X., Zhu, J., Jiang, Y., & Xia, Q. (2021). Characteristics of balance performance in the Chinese elderly by age and gender. *BMC Geriatrics*, 21, 596.

Zhai, M., Huang, Y., Zhou, S., Jin, Y., Feng, J., Pei, C., Wen, L., & Wen's, L. (2023). Effects of age-related changes in trunk and lower limb range of motion on gait.

Zhang, B., & Li, J. (2011). Gender and marital status differences in depressive symptoms among elderly adults: The roles of family support and friend support. *Aging & Mental Health*, 15, 844-854.