ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

5º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular - Opção II

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa Idosa

- A promoção, manutenção e recuperação da capacidade funcional -

Docente Orientador: Prof.ª Maria do Céu Sá

Discente: Cátia de Jesus Matos Duarte Nº 5507

Lisboa

Julho 2014

Lista de Siglas

EEER – Enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

HSM – Hospital Santa Maria

OMS – Organização Mundial de Saúde

WHO – World Health Organization

DGS – Direção Geral de Saúde

RCN – Royal College of Nursing

OE – Ordem dos Enfermeiros Portugueses

Índice de Figuras

Figura 1 - População de jovens e idosos em Portugal 2000-2050 (percentagem)

Figura 2 – Conceitos da Classificação Internacional de Funcionalidade

Figura 3 - Manutenção da capacidade funcional ao longo do ciclo de vida

Figura 4 – Tipo de dificuldade na população de 65 ou mais anos por sexo

Figura 5 – Teoria das Consequências Funcionais de *Caroll Miller*

Índice

Introdução……4

Primeira parte

1. Envelhecimento: enquadramento epidemiológico e político……6

2. Idoso, envelhecimento e funcionalidade: definição de conceitos…..……8
   Conceito de idoso…….....8
   Conceito de envelhecimento…….....8
   Principais alterações fisiológicas e patológicas do envelhecimento……9
   Capacidade funcional e envelhecimento……13

3. A intervenção do enfermeiro especialista no domínio da reabilitação da pessoa idosa…….....18

Segunda parte

Planeamento de objetivos e atividades a desenvolver……23

Competências gerais do enfermeiro especialista……23

Competências específicas do enfermeiro EEER……...24

Cronograma……26

Considerações finais……27

Referências bibliográficas……...28

Apêndices

Apêndice 1 – Aplicação da teoria de Caroll Miller à intervenção do EEER na pessoa idosa

Apêndice 2 – Planeamento das atividades a desenvolver

Apêndice 3 – Guião de entrevista aos locais de estágio

Apêndice 4 – Breve caracterização da unidade de internamento de neurologia

Introdução

O crescente aumento da população idosa assume-se como um dos principais problemas a nível mundial que tem sido alvo de preocupação das sociedades. Trata-se de um fenómeno demográfico relativamente novo, dado que apenas no séc. XX começou a ter destaque, em resultado da transição demográfica ocorrida, "caracterizada por um modelo de fecundidade e mortalidade baixas, originando um estreitamento da base da pirâmide de idades e um alargamento do topo" (Henriques, 2013, p.115).

O processo de envelhecimento acarreta uma série de alterações físicas, psíquicas e sociais, com consequente aumento do risco de agravamento dos níveis de dependência e incapacidade, o que pode, a longo prazo, conduzir a um aumento da procura de cuidados de saúde e apoio social (World Health Organization, 2012).

A um nível macro, o envelhecimento da população implica atualmente consumos elevados de cuidados de saúde, apoio social e financeiro, o que assume um significativo impacto económico, situação esta que constitui um aumento da procura, o que pode resultar numa escassez de respostas disponíveis. É por isso que, dada a dimensão do problema, todas as estratégias que facilitem a manutenção da autonomia e dependência da pessoa idosa, poderão ajudar a manter a sustentabilidade dos sistemas sociais e de saúde.

A nível individual, as alterações fisiológicas do envelhecimento são comummente agravadas por condições patológicas, que assumem cada vez mais um carácter de cronicidade, e nalguns casos com incapacidade progressiva, o que pode implicar elevados níveis de limitação funcional e de participação do idoso.

Assim, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação encontra na população idosa um desafio. Por um lado, deve atender ao carácter complexo e interdependente das limitações do envelhecimento, atuais ou expectáveis, que devem ser foco da sua atenção. Por outro, deve agir sob estas condicionantes visando maximizar e promover a capacidade funcional da pessoa idosa, com benefícios não só a nível individual, mas também coletivos, já que ao promover

a sua capacidade funcional, podemos diminuir tempos de internamento, facilitar processos de alta hospitalar e contribuir para a permanência da pessoa idosa no seu domicílio, com níveis funcionais adequados e satisfatórios do seu bem-estar (Graf, 2006).

A elaboração deste projeto assenta, deste modo, na intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa idosa, em particular na promoção, manutenção e recuperação da sua capacidade funcional. A escolha do tema surgiu por se tratar de uma área de gosto pessoal, aliada à crescente dimensão e necessidades associadas, desta fatia da população portuguesa, sendo também aplicável não só ao contexto de trabalho atual, mas também futuro.

Pretende-se assim que a produção deste projeto sirva de suporte ao percurso de formação como enfermeiro especialista, que será consolidado nos ensinos clínicos do terceiro semestre. Para tal, o documento foi estruturado em duas partes: primeiro um capítulo de fundamentação teórica, que inclui a contextualização do tema, a definição sucinta de conceitos essenciais à compreensão da problemática e os referenciais teóricos de enfermagem mais pertinentes. Posteriormente, numa segunda parte, serão apresentados os objetivos, estratégias e atividades a desenvolver no período de ensino clinico, como forma de desenvolver competências enquanto enfermeiro especialista neste domínio.

As instituições selecionadas para o desenvolvimento deste projeto de intervenção clínica serão o serviço de internamento de Neurologia do Hospital de [redacted] (vertente hospitalar), e a equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) [redacted] (vertente comunitária), já que permitem o contacto com uma diversidade de situações que evidenciam o elevado potencial de atuação do Enfermeiro especialista de reabilitação na pessoa idosa.

Palavras-Chave: enfermagem de reabilitação; funcionalidade; idoso; envelhecimento; capacidade funcional; intervenção de enfermagem; prevenção de incapacidade.

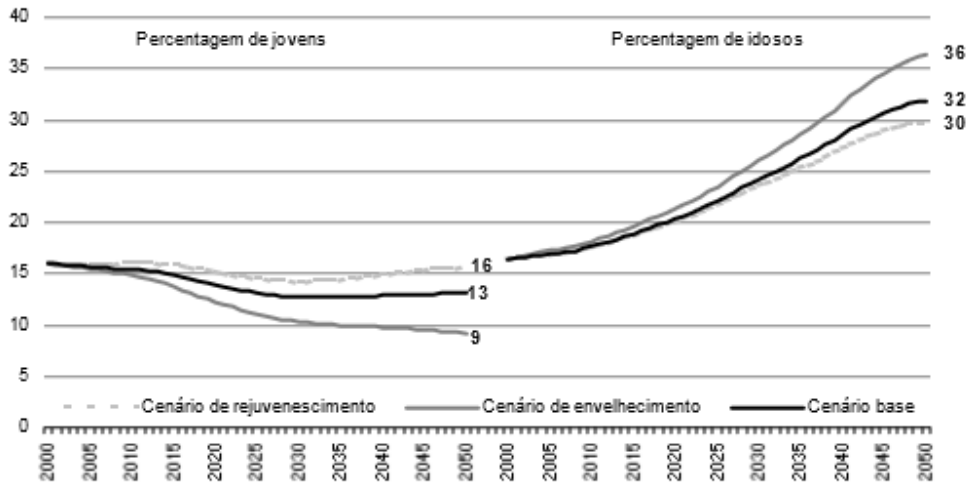
Primeira Parte - Fundamentação Teórica

1. Envelhecimento: enquadramento epidemiológico e político

O foco de atenção dos modelos assistenciais de saúde modificou-se nos últimos anos, o que tem particular interesse para a enfermagem de reabilitação. Os cuidados de saúde deixaram de estar vocacionados somente para o diagnóstico e tratamento de patologia aguda, e debatem-se cada vez mais com a "gestão da doença crónico-degenerativa, sendo esta uma das áreas de maior atuação no sector da saúde" (Ministério da Saúde, 2002, p.71). Na origem desta transição estão vários determinantes de saúde, mas o principal será o aumento da esperança média de vida, que, como afirma Carneiro (2012, p.17) "associada à diminuição das taxas de fertilidade, conduzirá os países europeus a enfrentar nas próximas décadas um aumento considerável da proporção das pessoas mais idosas no conjunto da população", pelo que, serão estas pessoas «os nossos principais clientes» enquanto enfermeiros de reabilitação.

Do ponto de vista demográfico, e tendo em conta as previsões da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2012), o crescimento exponencial do número de pessoas idosas ir-se-á agravar a nível mundial. Não se trata de um fenómeno novo, mas que ocorre a um ritmo elevado. Em Portugal a trajetória segue o mesmo sentido, segundo as previsões do INE (2003) como se pode observar na figura seguinte:

Figura 1 – População de jovens e idosos em Portugal 2000-2050 (percentagem)



Fonte: INE, 2003, p. 3

De acordo com dados do relatório de Carneiro (2012, p.41), " a proporção da população idosa em Portugal (com mais de 65 anos de idade), que representava 8,0% do total da população em 1960, mais do que duplicou, passando para 19,1%, em 2011. Em valores absolutos, a população idosa aumentou mais de um milhão de indivíduos, passando de 708 570, em 1960, para 2 022 504, em 2011". No futuro, as previsões sugerem que "a população com mais de 65 anos deverá aumentar de 19% em 2011 para 32% em 2050" (Carneiro, 2012, p.42). O mesmo relatório alerta ainda para o fenómeno do isolamento e da solidão nos idosos, ao constatar que segundo dados de 2009 do EUROSTAT, considerando pessoas com mais de 65 anos em Portugal, 20,9% viviam sós e 45,3% em casal (também o cônjuge idoso).

Neste sentido, nas prioridades de intervenção definidas pelas políticas de saúde mundiais e nacionais tem vindo a emergir o fenómeno do envelhecimento. A Organização das Nações Unidas tornou o compromisso oficial, dos seus estados membros em 2002, com a elaboração do Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento, onde são enunciadas as principais estratégias a serem implementadas, em diversos sectores, pelos respetivos estados (Organização das Nações Unidas, 2002). A OMS por sua vez, "centrou-se no programa de envelhecimento ativo, como forma de otimizar as oportunidades de saúde, participação e segurança" (Fernandes, 2013, p.6), visando não só dar anos à

vida, mas vida aos anos (Who, 2012). Em Portugal, a Direção Geral de Saúde oficializa o Programa Nacional para as Pessoas Idosas, em 2004, e embora algumas iniciativas locais tenham imergido, como o projeto Cidades Amigas das Pessoas Idosas, atualmente o enquadramento político nacional desta problemática em particular não foi desde então reavaliado.

2. Idoso, envelhecimento e funcionalidade: definição de conceitos

Conceito de idoso

O conceito de idoso tem vindo a ser amplamente debatido ao longo dos anos. O critério cronológico é o mais utilizado e surgiu aliado às questões de atribuição de aposentamento e reforma (Henriques, 2013). Nesta linha, a OMS categoriza a pessoa idosa partir dos 60 a 65 anos e a pessoa muito idosa após os 80 anos de idade. Em Portugal, o INE considera idosa a pessoa com 65 anos ou mais. Vários autores discutiram o conceito com maior profundidade e estabelecem outras nomenclaturas, que ultrapassam o domínio da idade. Serrão (2006) citado por Carneiro (2012) propõe o termo "*Séniores*" para os homens e as mulheres com mais de 65 anos, desligados de atividades profissionais formais, que mantêm as suas capacidades, são independentes, saudáveis e ativos. Fonseca (2004) citado por Carneiro (2012) perspetiva os conceitos de idade biológica, psicológica e social, tendo por base a influência que os respetivos contextos exercem. Por sua vez Fernández-Ballesteros (2000) propôs a noção de idade funcional, tendo em conta que "algumas funções diminuem necessariamente de eficácia (sobretudo as de natureza física e biológica); outras estabilizam (personalidade); e outras que, na ausência de doença, experimentam um crescimento ao longo de todo o ciclo de vida (experiência, sabedoria) " (Carneiro, 2012, p.26).

Mais do que considerar uma ou outra definição como a mais correta, importa salientar a natureza dinâmica do conceito de idoso e do envelhecimento a que todas se referem.

Conceito de envelhecimento

Efetivamente, o envelhecimento não é um estado, mas um processo que tem por base o conceito de senescência, enquanto curso natural do envelhecimento das células, nos organismos vivos. Como refere Cancela (2008) o envelhecimento fisiológico diz respeito às alterações nas funções orgânicas e mentais, devido exclusivamente aos efeitos da idade avançada sobre o organismo. Caracteriza-se assim por "um conjunto progressivo de modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação do individuo ao meio ambiente" (Spirduso, 2005 citado por Bicudo, 2013, p.46). Contudo, frequentemente "estas alterações predispõem o organismo para desvios de saúde, ao aparecimento de múltiplas patologias e fragilidades que se instalam (…) e que acabam por se manifestar em condicionamentos na capacidade funcional e cognitiva das pessoas, nas suas atividades de vida (Henriques, 2013, p.116). Deste modo, um dos grandes problemas do envelhecimento é a estreita relação entre o fisiológico e o patológico. Stott & Quinn (2013) reconhecem que o risco de incapacidade nos idosos é particularmente elevado pela conjugação de múltiplos fatores dos quais se destacam: a vulnerabilidade associada à redução da homeostasia/reserva fisiológica; a elevada prevalência de doença (s) crónica (s), e a (potencial) rápida deterioração em termos de funcionalidade produzida pela doença aguda.

Principais alterações fisiológicas e patológicas do envelhecimento

Tendo em conta a problemática do envelhecimento será feita uma descrição das principais alterações fisiológicas e das patologias associadas, mais frequentes na pessoa idosa, tendo por referência quatro domínios – Movimento e postura; alimentação e nutrição; sistemas sensoriais, comunicação e cognição; eliminação.

Movimento e postura

Como refere Berger & Mailloux-Poirier (1995), “a execução ou produção ordenada de movimento requer um conjunto de elementos, como os ossos, articulações, músculos (…) e outros fatores como a vontade, atenção e auto-controlo” (p.286).

A nível ósseo há perda de densidade óssea por diminuição dos osteoclastos e aumento dos osteoblastos e desequilíbrio na absorção do cálcio, produzindo uma desmineralização e diminuição da resistência do tecido ósseo (Abbey, 1997). Por sua vez, surgem alterações da postura corporal com “um aumento da cifose dorsal, aumento do ângulo de flexão dos joelhos, com anteriorizarão da cabeça, protusão do abdómen e aumento da lordose cervical” (Abbey, 1997, p.36), o que obriga à deslocação do centro de gravidade para a frente, com consequente diminuição do equilíbrio, além de limitar a mobilidade das articulações dos membros (Abbey 1997; Berger & Mailloux-Poirier 1995). Também a nível articular surgem alterações importantes no que respeita à cartilagem e diminuição da sua espessura; uma tendência à rigidez dos tecidos moles envolventes da articulação com perda de elasticidade de ligamentos e tendões, que conduzem a uma diminuição na amplitude do movimento (Berger & Mailloux-Poirier 1995).

A nível muscular, ocorre perda de fibras musculares e redução do volume das mesmas por perda de elastina, sobretudo as do tipo I de contração rápida. Estas alterações resultam numa diminuição da resistência muscular - “capacidade que o músculo tem para realizar um esforço durante um período prolongado de tempo” (Abbey, 1997, p.25.) - o que diminui a tolerância ao exercício, que consequentemente agravam o sedentarismo. Ocorre também perda de unidades motoras e consequente diminuição da massa muscular, ocorrendo também diminuição da velocidade na realização dos movimentos, sendo menos eficazes em termos de força produzida, o que agrava as dificuldades na locomoção e na manutenção do equilíbrio. (Silva et al, s/d).

Se a estas alterações estruturais considerarmos também as alterações funcionais do domínio cardiovascular e pulmonar, como a redução do débito cardíaco e diminuição da capacidade vital, os níveis de resistência são

francamente afetados (Berger & Mailloux-Poirier 1995). Embora como refere Mendes (2013) citando Llano, Manz & Oliveira (2006) o padrão respiratório em repouso pouco se altere com o aumento da idade, o mesmo não acontece a um idoso numa situação de exercício em esforço. De salientar também a influência que as alterações da motricidade fina, a lentidão dos movimentos motores globais e o aumento do tempo de reação assumem em todas as tarefas envolvidas nas atividades do dia-à-dia. (Berger & Mailloux-Poirier 1995).

Estas alterações combinadas afetam o **equilíbrio, a postura, a marcha**, com **redução da amplitude dos movimentos**, o que aumenta bastante o risco de queda e desequilíbrio. Surgem como principiais afeções neste domínio a intolerância à atividade, a osteoporose e como resultado as fraturas, nomeadamente as do colo do fémur, e alterações crónicas como as osteoartroses degenerativas em consequência das alterações do sistema músculo-esquelético, muitas vezes com necessidade de colocação de próteses cirúrgicas. As quedas são ocorrências a valorizar com elevada incidência nos idosos (Easton,1999; Berger & Mailloux-Poirier 1995). Outras patologias crónicas podem afetar indiretamente a mobilidade e tolerância à atividade da pessoa idosa, nomeadamente a insuficiência cardíaca e a doença pulmonar obstrutiva crónica, ou situações do foro neurológico como o acidente vascular cerebral, por exemplo.

Alimentação e nutrição

As alterações do gosto e do olfato por atrofia das papilas gustativas, dificuldades na mastigação que exigem a utilização frequente de próteses e diminuição da secreção salivar, conjugadas com problemas na deglutição por diminuição da motilidade digestiva, conduzem muitas vezes à redução da ingestão de alimentos (Berger & Mailloux-Poirier 1995). Para além disso, está diminuída a absorção de gorduras, a produção de suco gástrico e outras enzimas digestivas com atraso no esvaziamento gástrico e consequentemente na digestão. Acresce ainda diminuição da sensação de sede e a diminuição do metabolismo dos idosos, isto é, diminuem as suas necessidades nutricionais em quantidade mas não em qualidade (Berger & Mailloux-Poirier 1995). Decorrente destas

alterações há perda de apetite e consequente redução do aporte calórico, podendo resultar em perda de peso e agravamento do estado geral da pessoa idosa, com aumento do risco de complicações. A desidratação, a disfagia, o emagrecimento e as deficiências nutricionais são problemas frequentes, muitas vezes agravados por outros fatores de ordem motora, cognitiva ou sensitiva, como a incapacidade em alimentar-se sozinho, por diminuição da visão, perda de coordenação e força muscular (Berger & Mailloux-Poirier 1995; Easton,1999).

Sistemas sensoriais, cognição e comunicação

A redução das sensações tácteis, temperatura e dor, a otoesclerose e atrofia do nervo auditivo, a redução da acuidade visual, visão periférica e capacidade de acomodação às diferenças de luminosidade, são algumas das alterações nas capacidades sensório-percetuais naturais do envelhecimento. Estas alterações fisiológicas "reduzem geralmente a capacidade de receber e tratar informações provenientes do meio ambiente" (Berger & Mailloux-Poirier 1995, p.172), prejudicando não só a interação como a capacidade de adaptação. Estas alterações interferem na comunicação, pois limitam a participação social, a capacidade de seguir uma conversa e/ou de relacionar com outros (Berger & Mailloux-Poirier 1995).

Por outro lado, a nível cognitivo, uma das principais alterações que surgem é " a redução da velocidade de processamento de informações e a maior dificuldade em manipular informações simultâneas e em mudar o foco atencional" (Diniz, 2013, p. 15). A diminuição da memória a curto prazo é comum, e por isso "os idosos sentem dificuldade em reter informações que não têm significado para eles" (Diniz, 2013, p.179). Pelo contrário, a memória a longo prazo é normalmente conservada. A capacidade de adquirir novos conhecimentos mantém-se, mas requer mais tempo, da mesma maneira que diminui a velocidade de execução e de reação, além de que se distraem mais facilmente pelo que é necessário selecionar as informações a reter e apresentá-las de forma organizada e sequencial (Berger & Mailloux-Poirier 1995; Diniz, 2013).

As principais afeções patológicas que surgem neste domínio incluem distúrbios do foro sensorial: cataratas, glaucoma, presbiopia, hipoacúsia; e distúrbios neurológicos com repercurções nas funções cognitivas como sejam a doença de Parkinson, o acidente vascular cerebral, a epilepsia vascular e a demência (Berger & Mailloux-Poirier 1995; Easton, 1999).

Eliminação

No sistema urinário, surgem alterações renais com perda de nefrónios e diminuição da filtração glomerular, associadas à diminuição do tónus vesical e esfincteriano, o que se traduz numa menor capacidade de retenção – incontinência funcional. Além disso aumenta o volume residual o que potencia a ocorrência de infeções (Berger & Mailloux-Poirier 1995). Por estas alterações, os problemas de eliminação urinária mais frequentes nos idosos, incluem a incontinência urinária, as infeções do trato urinário e os cálculos (Berger & Mailloux-Poirier 1995; Bolander, 1999; Easton, 1999).

No sistema intestinal, há perda da tonicidade do esfíncter e do intestino grosso e diminuição da lubrificação da mucosa intestinal. As perturbações de regularidade do trânsito intestinal são assim frequentes na pessoa idosa, das quais se destaca a obstipação (Berger & Mailloux-Poirier 1995; Bolander, 1999).

São alterações fisiológicas importantes que contudo só por si não explicam todos os problemas de dependência do idoso relacionados com a eliminação. Estas vulnerabilizam, mas são potenciados por outras modificações, como as alterações da mobilidade, conjugada com fatores ambientais e/ou farmacológicos (Berger & Mailloux-Poirier 1995; Bolander, 1999).

Capacidade funcional e Envelhecimento

Para Baines & Oglesby (1997, p.258), a capacidade funcional diz respeito à capacidade da pessoa desempenhar as suas atividades de vida diária. Camara et al (2008, p.250) situam-no como "a eficiência do idoso em corresponder às demandas do quotidiano, que compreende desde as atividades básicas para uma vida independente, até às atividades mais complexas da rotina diária." Hoeman (2000, p.745) refere-se ao conceito de capacidade funcional como sendo a "capacidade para desempenhar uma variedade de competências necessárias as atividades físicas, cognitivas, comportamentais e sociais".

O referencial mais comummente utilizado para analisar a capacidade funcional de um indivíduo são habitualmente as atividades de vida diária, que segundo o *Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange* (CIRRIE) dizem respeito "ao conjunto de atividades que a pessoa desenvolve por rotina no seu dia-à-dia". Estas podem ser divididas em atividades básicas de vida diária, envolvendo a mobilidade funcional como a marcha e outras relativas ao cuidado pessoal – higiene, alimentação, eliminação, vestir; e atividades instrumentais da vida diária, relacionadas com o ambiente doméstico e comunitário da pessoa (James, 2008 citado por CIRRIE, 2010).

Mais recentemente, a nova Classificação Internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) descreve o conceito de capacidade funcional como sendo "a aptidão de um indivíduo para executar uma tarefa ou uma ação e visa indicar o nível máximo provável de funcionalidade que a pessoa pode atingir num dado domínio, num dado momento (….) a capacidade reflete a aptidão do indivíduo ajustada ao ambiente" (OMS, 2004, p.17). Esta classificação revela-se um contributo muito útil para enquadrar a funcionalidade na pessoa idosa, na medida em que considera a interdependência entre vários componentes a considerar, como mostra a figura seguinte:

Figura 2 – Conceitos da Classificação Internacional de Funcionalidade

	Parte 1: Funcionalidade e Incapacidade		Parte 2: Factores Contextuais	
Componentes	**Funções e Estruturas do Corpo**	**Actividades e Participação**	**Factores Ambientais**	**Factores Pessoais**
Domínios	Funções do Corpo Estruturas do Corpo	Áreas Vitais (tarefas, acções)	Influências externas sobre a funcionalidade e a incapacidade	Influências internas sobre a funcionalidade e a incapacidade
Constructos	Mudança nas funções do corpo (fisiológicas) Mudança nas estruturas do corpo (anatómicas)	Capacidade Execução de tarefas num ambiente padrão Desempenho/Execução de tarefas no ambiente habitual	Impacto facilitador ou limitador das características do mundo físico, social e atitudinal	Impacto dos atributos de uma pessoa
Aspectos positivos	Integridade funcional e estrutural	Actividades Participação	Facilitadores	Não aplicável
	Funcionalidade			
Aspectos negativos	Deficiência	Limitação da actividade Restrição da participação	Barreiras	Não aplicável
	Incapacidade			

Fonte: OMS, 2004, p.14

Ora esta visão alargada dos fatores envolvidos na funcionalidade de um individuo, e em particular da pessoa idosa, permite-nos, por um lado, determinar com maior acuidade que componente está ou pode vir a estar afetada – estrutura e função; atividade; ambiente[1] - permitindo uma visão mais global, mas ao mesmo tempo mais direcionada dos níveis a intervir.

O conceito de capacidade funcional exige ainda a clarificação de outros termos associados, que são de extrema importância para compreender o impacto das alterações da funcionalidade na vida diária da pessoa, em particular, da pessoa idosa:

- *Impairment*, significa prejuízo, dano ou diminuição relacionada com a perda de função fisiológica, psicológica ou anatómica, habitualmente referentes ao funcionamento de órgãos e sistemas (WHO, 2004; RCN, 2007). Portanto, não só as modificações naturais associadas ao envelhecimento, como as resultantes

[1] A terminologia utilizada pela CIF é particularmente pertinente na abordagem a pessoa idosa por permitir estruturar de forma mais completa, quer a avaliação que fazemos da pessoa, quer a intervenção a desenvolver, conforme as dimensões afetadas. Por exemplo, permite-nos diferenciar uma limitação da atividade por alterações fisiológicas do envelhecimento; ou uma restrição de participação por fatores ambientais, e em função disso são definidos níveis de intervenção diferentes.

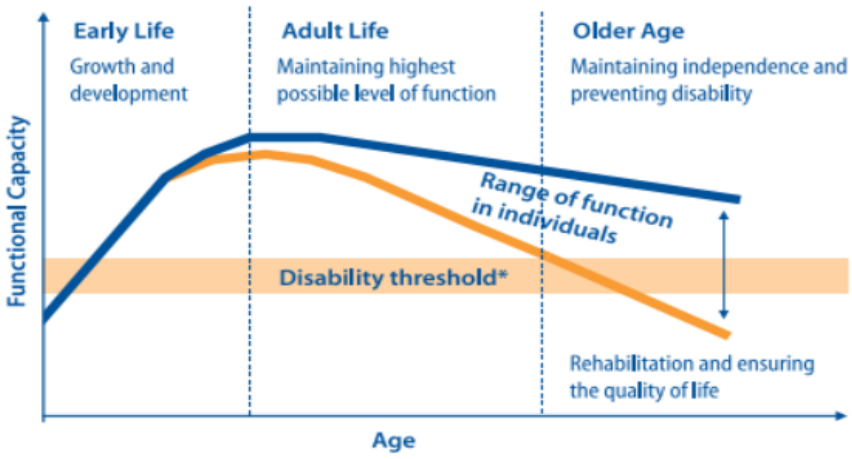
de doença crónica (Colón-Emeric et al, 2013), por exemplo, um processo de osteoartrose do joelho.

- *Disability*, traduz já uma restrição ou incapacidade do indivíduo em desempenhar uma atividade de forma considerada normal para o ser humano, reflete as consequências do *Impairment* em termos de desempenho funcional, na interação deste com o ambiente, na sua esfera individual (WHO, 2004). Na sequência do exemplo anterior, surgiria por exemplo, a dificuldade na marcha.

- *Handicap*, diz respeito a uma situação de desvantagem para um individuo resultante de um *impairment* ou *disability,* que limita a realização de um papel normal na sociedade. Reflete assim a interação e a adaptação com o que rodeia o individuo (WHO, 2004; RCN, 2007). Por exemplo, incapacidade em sair e entrar na banheira sem ajuda ou a incapacidade em fazer as próprias compras.

Por sua vez Kalache & Kickbusch (1997) desenvolveram o modelo da capacidade funcional na ótica do ciclo de vida e alertam para o facto de ser na idade avançada que surgem maiores variações de funcionalidade, e que à medida que se envelhece, o risco de um declínio funcional coincidente com incapacidade aumenta, sendo importante medidas de reabilitação como forma de promover a qualidade de vida (WHO, 2012, p.14). A figura seguinte ilustra o conceito abordado por estes autores:

Figura 3 – Manutenção da capacidade funcional ao longo do ciclo de vida



Fonte: WHO, 2012, p.14

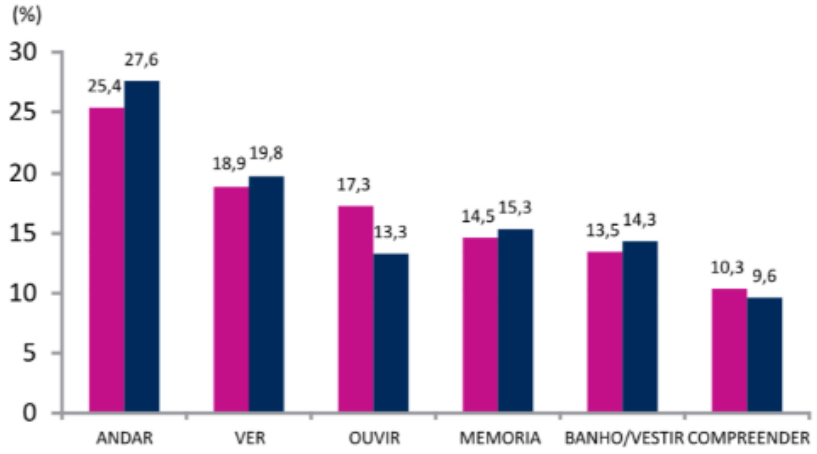
Deste modo, a "capacidade funcional é um dos grandes componentes da saúde do idoso e vem emergindo como um componente chave na avaliação desta

população, geralmente dimensionada em termos de habilidade e independência para realizar determinadas atividades" (Barreto & Giatti, 2002 citados por Ferreira et al, 2011, p. 15).

Assim sendo, promover, preservar ou restaurar a capacidade funcional da pessoa idosa é de elevada importância, pois como é referido pelo Royal College of Nursing (RCN), "ser incapaz de fazer uma ou mais destas atividades pode ser a única coisa que tem o maior impacto sobre o seu bem-estar geral" (RCN, 2007, p.2).

Neste âmbito existe ainda pouca referência quanto à caracterização da capacidade funcional da população idosa. Contudo os dados do INE no último CENSOS (2011) fornecem uma contextualização interessante. Em Portugal, havia 2 010 064 pessoas idosas, cerca de 19% da população residente, e foram questionadas a respeito de 6 atividades do dia-a-dia: ver, ouvir, andar, memória/concentração, tomar banho/vestir-se, compreender os outros/fazer-se entender. Os resultados apontaram que cerca de 50% não conseguiam ou tinham dificuldade em realizar pelo menos uma das atividades (INE, 2011). A maior a percentagem das pessoas que identificaram dificuldades, situava-se no grupo etário acima dos 70 anos, sendo a principal dificuldade referida no andar, como se pode observar na figura seguinte:

Figura 4 – Tipo de dificuldade na população de 65 ou mais anos por sexo



Fonte: INE, 2011, p. 17

No âmbito da enfermagem, diversos instrumentos são utilizados com frequência na avaliação da capacidade funcional - o índice de Katz, a escala de Barthel, a Medida de Independência Funcional, a CIF, entre outros - a escolha depende de vários fatores, mas seja qual for o instrumento utilizado importa reter que "quando se propõem programas de reabilitação a identificação de problemas específicos a serem abordados, bem como a qualificação dos progressos dos utentes e o estabelecimento de novas prioridades, exige a documentação da funcionalidade de forma compreensível e reproduzível" (Ferreira, 2011, p.26).

3. A intervenção do enfermeiro especialista no domínio da reabilitação da pessoa idosa

A ordem dos Enfermeiros (OE) estabelece como competências específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) o seguinte:

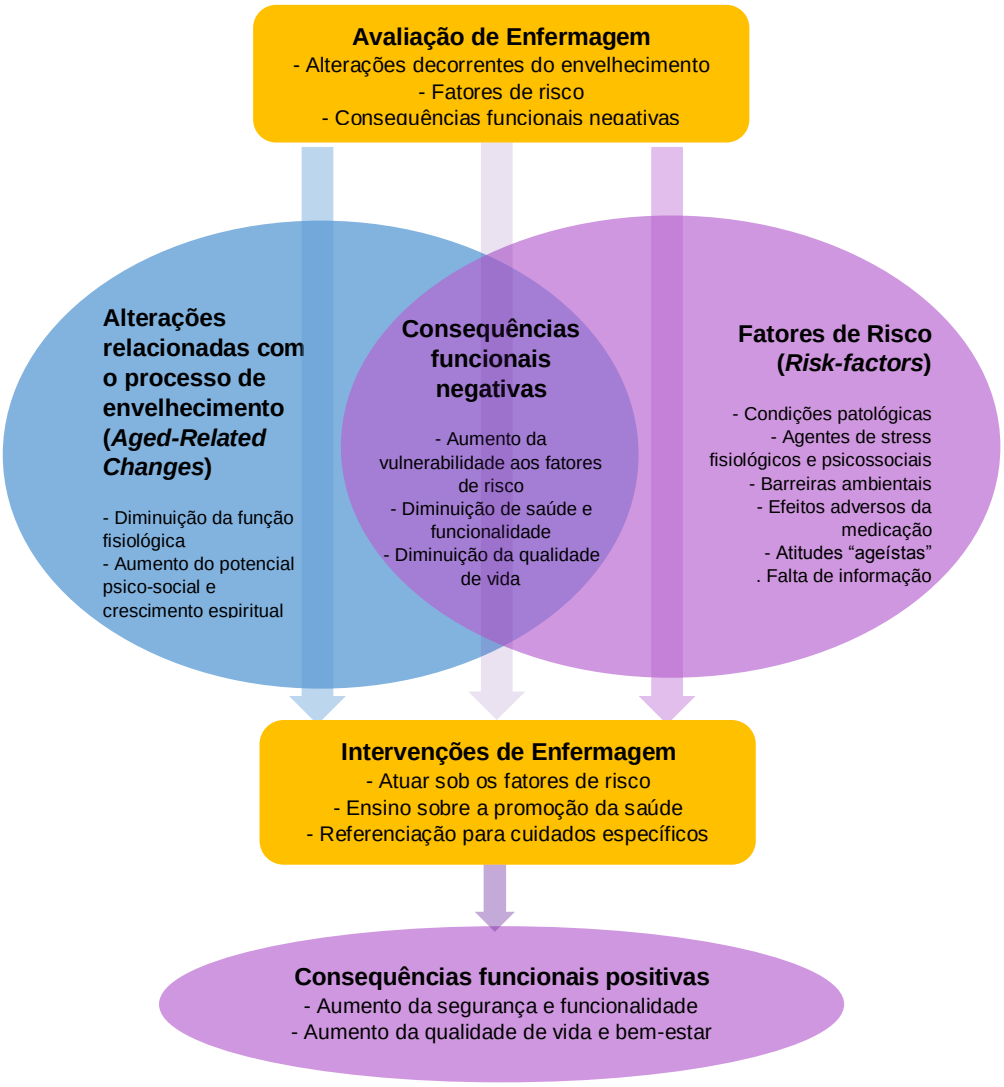
> A sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a **manutenção das capacidades funcionais** dos clientes, **prevenir complicações** e evitar incapacidades (…) proporcionar intervenções terapêuticas que visam **melhorar as funções residuais**, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida e minimizar o impacto das incapacidades instaladas.
>
> OE, 2010, p.1

É pois em torno destes pressupostos e atendendo às especificidades que o envelhecimento implica, que a intervenção do EEER na pessoa idosa deve ser planeada e implementada.

A respeito de intervenção de enfermagem com a pessoa idosa, Carol Miller propôs em 1990 uma teoria de enfermagem (teoria de médio alcance) – a teoria das consequências funcionais – que se considera fornecer referenciais imprescindíveis para a temática aqui tratada. Esta teoria considera a interação entre as alterações decorrentes do envelhecimento (físicas, psicológicas e espirituais) e determinantes fatores de risco que aumentam a vulnerabilidade do idoso a consequências funcionais negativas (efeitos observáveis que afetam a qualidade de vida e o funcionamento nas atividades do dia-a-dia). A intervenção de enfermagem visa reduzir os efeitos negativos das alterações relacionadas com o envelhecimento e minimizar os fatores de risco, de forma a promover

consequências funcionais positivas (um elevado nível de funcionalidade, mínima dependência e melhor qualidade de vida) (Miller, 2009, p.20-21). A figura 6 seguinte ilustra os pressupostos do modelo. Tendo por base a teoria das consequências funcionais de Caroll Miller e os seus constructos, foi elaborado uma proposta de guia orientador (apêndice 1) que concretiza e ilustra os domínios possíveis de intervenção do EER na pessoa idosa para a promoção de consequências funcionais positivas:

Figura 5 – Teoria das Consequências Funcionais de Carol Miller



Adaptado de Miller, 2009. A nursing model for promoting older people wellness and health, p.21

Além disto importa integrar também um conceito relativamente recente, surgido nos EUA, reconhecido pela Associação Americana de Enfermeiros de Reabilitação, que é o de – *Gerontological Rehabilitation Nurse*. Nesta conceção, o enfermeiro de reabilitação ao cuidar da pessoa idosa, combina conhecimentos do processo de envelhecimento e práticas de reabilitação, pois "considera as alterações particulares e específicas do envelhecimento, e as limitações funcionais que um processo de doença ou lesão têm na pessoa idosa, ao desenvolver um plano (…) com intervenções e técnicas específicas" (Easton, 1997, p.42). O principal objetivo da atuação do enfermeiro de reabilitação é, neste contexto particular, "assistir a pessoa idosa a atingir o seu nível ótimo pessoal de bem-estar físico, mental e psicossocial." (Easton, 1997, p.42).

Routasalo, Arve & Lauri (2004, p.208) consideram que " a enfermagem de reabilitação pode ajudar a manter ou restaurar o nível de capacidade funcional, maximizar a satisfação com a vida e melhorar o bem-estar mental e manter o estatuto social, da pessoa idosa".

Cameron & Kurrle (2002) reconhecem como principal finalidade dos programas de reabilitação dirigidos aos idosos "assistir o idoso a gerir as suas atividades de vida diária, sem assistência de outra pessoa, ou se não for possível, a minimizar as necessidades de assistência externa através de técnicas ou equipamento adaptativo (…) em particular no treino da mobilidade e auto-cuidado" (p.387).

A este respeito, o RCN sistematiza em quatro níveis o tipo de funções assumidas pelo enfermeiro, ao trabalhar com idosos num contexto de reabilitação para favorecer o seu processo de adaptação (RCN, 2007):

- **Funções de Suporte**: providenciando apoio emocional e psicossocial; assistir nos processos de transição; promover estilos de vida e relações; facilitar a expressão pessoal.
- **Funções Restaurativas**: destinadas a maximizar o potencial de independência e capacidade funcional; prevenir futuros agravamentos e/ou incapacidades, e melhorar a qualidade de vida.
- **Funções Educativas**: envolve o ensino do autocuidado, facilitar atividades educativas para melhorar a confiança e competência nas atividades de vida diária.

- **Life-Enhacing functions**[2]: incluem todas as atividades destinadas a melhorar a experiência de vida do dia-a-dia.

Alguns estudos de investigação publicados a nível internacional destacam os efeitos positivos de programas de reabilitação na população idosa (Skelton & McLaughlin, 1996; Davies, Ellis & Laker, 2000; Dantas & Vale, 2004). A nível nacional, no que respeita ao papel do enfermeiro de reabilitação, trata-se de um domínio ainda pouco explorado. Contudo encontram-se já alguns estudos de investigação que confirmam e validam o futuro promissor das intervenções desenvolvidas neste âmbito.

Ferreira (2011), num estudo transversal correlativo, testou os efeitos de um programa de reabilitação dirigido a 40 idosos, no domicílio, instituído pelos enfermeiros de reabilitação e concluiu que os idosos no final do programa de reabilitação apresentam maior independência funcional comparando com o momento de admissão ao referido programa, confirmando a relevância atribuída aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

Rodrigues (2012) procurou avaliar, numa amostra de 51 idosos hospitalizados, se o declínio cognitivo se agravava com a hospitalização e se contribuiria para o risco de queda, tendo concluído que existem múltiplos fatores de risco associados que podem ser minimizados ou evitados através de programas de Enfermagem de Reabilitação.

Gonçalves (2012) desenvolveu um estudo quasi-experimental, no qual incluiu 30 idosos e pretendeu avaliar o impacto de um programa que dinamiza as intervenções de enfermagem de reabilitação no domicílio, procurando reduzir o nível de dependência do idoso e a sobrecarga do seu cuidador. Os resultados sugeriram que o programa promoveu um ganho nos índices de barthel dos idosos.

Mendes (2013) realizou um estudo qualitativo no qual procurou verificar as mudanças ocorridas aptidão física e independência funcional de um grupo de idosos institucionalizados num lar, após o desenvolvimento de um Programa de Enfermagem de Reabilitação. Os resultados obtidos permitiram concluir que o

[2] Está conforme o original pela dificuldade em traduzir o termo sem perda de significado.

programa conduziu ao aumento da aptidão física dos idosos (força nos membros inferiores e superiores, resistência cardiorrespiratória, flexibilidade e equilíbrio), com benefícios na realização de atividades de autocuidado.

Em suma, o enfermeiro especialista em reabilitação revê na população idosa um conjunto de necessidades complexas, progressivas que requerem não só o domínio das competências, princípios e técnicas de reabilitação, mas acima de tudo adaptação às especificidades e exigências que o processo de envelhecimento condiciona. Tendo por base esta área de interesse e as competências a desenvolver enquanto enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, estabelece-se na segunda parte do projeto os objetivos gerais e específicos e as estratégias e/ou atividades a desenvolver que definem este projeto e contrato de aprendizagem.

Segunda Parte – Planeamento de Objetivos e Atividades a desenvolver

Os objetivos definidos pretendem dar resposta às competências, gerais e específicas, do enfermeiro especialista em enfermagem em reabilitação, em estreita articulação, sempre que possível, com o domínio particular de intervenção escolhido. Assim, definiu-se um objetivo geral do projeto aqui elaborado para o desenvolvimento de competências, e posteriormente para cada competência elaboraram-se doze objetivos específicos no âmbito das competências gerais e nove objetivos específicos no âmbito das competências específicas do EER. As estratégias e atividades particulares propostas para o desenvolvimento dos objetivos, bem como os indicadores de avaliação estão disponíveis em apêndice 2.

Objetivo Geral: Desenvolver competências no planeamento, implementação e avaliação de intervenções de Enfermagem de Reabilitação na pessoa idosa, tendo em vista a manutenção, recuperação e promoção da sua capacidade funcional.

Competências Gerais do EER - Objetivos específicos:

1. Desenvolver capacidades na tomada de decisão autónoma, no âmbito da área da especialidade, suportada em valores éticos e deontológicos.
2. Otimizar a proteção e respeito pelos direitos humanos na prática clinica – segurança, privacidade e dignidade.
3. Desenvolver competências no domínio da responsabilização e gestão de situações comprometedoras para o cliente.
4. Desenvolver as competências de gestão de recursos e liderança situacional na organização e coordenação dos cuidados.
5. Colaborar na conceção e/ou implementação de projetos institucionais na área da qualidade.
6. Incluir diretivas e conhecimentos avançados na melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.
7. Analisar e rever as práticas em relação aos seus resultados e implementar programas de melhoria continua.
8. Gerir o ambiente envolvente à pessoa, o risco associado, como forma de garantir a efetividade terapêutica e a prevenção de acidentes.

9. Otimizar as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, tendo em vista a garantia de segurança e qualidade das tarefas delegadas.
10. Aperfeiçoar competências no domínio da assertividade e relação interpessoal, com a pessoa alvo de cuidados e equipa multiprofissional.
11. Facilitar os processos de aprendizagem em contextos de trabalho.
12. Suportar a prática clinica pela investigação e conhecimento científico de maior evidência.

Competências Específicas do EER - Objetivos específicos:

1. Identificar necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação com a pessoa idosa, no domínio patológico e/ou preventivo.
2. Conceber e organizar planos de intervenção de enfermagem de reabilitação, que visam promover a capacidade funcional da pessoa idosa, tendo em consideração o processo de envelhecimento e sua adaptação ao processo de saúde-doença.
3. Implementar Intervenções planeadas com o objetivo de otimizar/reeducar e/ou prevenir limitações no domínio das funções motoras, sensoriais, cognitivas, cardiorrespiratórias e de eliminação, na pessoa idosa.
4. Conceber sessões de treino com técnicas destinadas à promoção da capacidade funcional, auto-cuidado e realização de atividades de vida.
5. Promover a continuidade de cuidados nos diferentes contextos (internamento e domicílio/comunidade).
6. Avaliar os resultados dos programas de intervenção implementados.
7. Elaborar e implementar programas de treino de atividades de vida com vista a promover, recuperar ou manter a participação do idoso e a sua funcionalidade, em contexto familiar e/ou domicilio.
8. Identificar barreiras à participação social, acessibilidade e mobilidade da pessoa idosa no seu contexto domiciliário.
9. Desenvolver atividades destinadas a maximizar as capacidades funcionais da pessoa idosa favorecendo o seu desempenho a nível motor e cardio-respiratório.

Os locais de estágio definidos para a realização do ensino clinico do terceiro semestre são a Unidade Cuidados na Comunidade (UCC) Consigo+ Alcântara (1º período) e a unidade de internamento de neurologia do HSM (2º período).

A caracterização destas unidades foi planeada tendo por base uma visita aos campos de estágios, mediante um guião de entrevista disponível no apêndice 3. Contudo apenas foi possível, até ao momento de término do projeto a visita da unidade de neurologia do HSM, com base na qual foi elaborada uma breve caracterização disponível no apêndice 4.

A organização do tempo para implementação do projeto – nove semanas por local de estágio – que contempla as competências a desenvolver e prevê a elaboração do relatório, foi estruturada de acordo com o seguinte cronograma:

ANO	2014																		2015	
MÊS	SET	OUT				NOV				DEZ				JAN				FEV		
Semana	29	6	13	20	27	3	10	17	24	1	8	15		5	12	19	26	2	9
Turnos													F. Natal						
Local Estágio	Estágio Comunitário – UCC [redacted]									Estágio Hospitalar – Neurologia [redacted]									
Competências Gerais do Enfermeiro Especialista	**Responsabilidade profissional e ética * Gestão dos cuidados * Melhoria da qualidade * Aprendizagens profissionais** **Objetivos 1-12**																		
Competências Específicas do EER	**Objetivos 1-8**																		
Atividade complementar	**Preparação e elaboração do relatório Final**																		

Considerações Finais

Ao contrário de outras áreas temáticas, é ainda reduzido o volume de trabalho produzido referente à intervenção do EER com a pessoa idosa. Embora separadamente seja possível encontrar bastante conhecimento produzido sobre enfermagem de reabilitação e sobre enfermagem na pessoa idosa, a conjugação destes dois domínios é ainda pouco explorada, pelo que a escolha deste tema destina-se também a ampliar e validar o domínio da intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação.

Optou-se assim, apresentar uma abordagem global da problemática que permitisse fazer emergir o maior número de especificidades do envelhecimento a considerar no potencial de intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação. Considerou-se que, fornecendo uma visão global inicial, facilitará no futuro o estudo em profundidade de uma dimensão particular.

Se por um lado, reabilitar uma pessoa idosa com acidente vascular cerebral ou outra patologia potencialmente incapacitante, implica a consciência de um conjunto de condicionantes, já preexistentes, do próprio envelhecimento. Por outro lado, atuar na prevenção das limitações funcionais decorrentes da senescência implica sempre, o seu enquadramento, no complexo e crescente conjunto de circunstâncias, que caracterizam a população idosa – co-morbilidades, polimedicação, isolamento social, etc.

Por estas razões, abordar a questão apenas em termos de independência revela-se redutor pelo binómio de resposta que o próprio termo sugere – ou se é, ou não se é. Falar em capacidade funcional, parece assim mais atual e adequado, tendo em conta a pessoa idosa, pois remete para um carácter mais dinâmico, crescente e variável, que sugere um processo e não um estado, e reconhece o papel do ambiente, cujo resultado poderá não significar necessariamente independência completa de terceiros.

Um outro propósito final deste projeto será permitir fornecer uma visão mais positiva da pessoa idosa, rompendo com a visão habitual de dependência, mostrando, de forma realista, o potencial por vezes esquecido.

Referências Bibliográficas

Abbey, J. (1997). Physiological illness in aging. In Baines, E. M. (coord). *Perspectives on Gerontological Nursing* (275-322). London: Sage Publications.

Baines, E. & Oglesby, F. (1997). Conceptualization of chronivity in aging. In Baines, E. (coord). *Perspectives on Gerontological Nursing* (251-274). London: Sage Publications.

Berger, L.& Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.

Bolander, V. (1999) *Enfermagem Fundamental: Abordagem psicofisiológica.* Lisboa: Lusodidacta.

Bicudo, M. (2013). Do envelhecimento saudável à longevidade com qualidade: contributos dos enfermeiros. In Lopes, M.A.P. (coord). *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa: da investigação à prática* (39-75). Loures: Lusociência.

Camara, F. et al (2008). Capacidade funcional do idoso: formas de avaliação e tendências. *Acta Fisiátrica*. 15(4), 249-256. Acedido em 17-05-2014. Disponível em http://athlon-esportes.com/wp-content/uploads/2013/06/Avalia%C3%A7%C3%A3o-Capacidade-funcional-do-idoso-formas-de-avalia%C3%A7%C3%A3o-e-tend%C3%AAncias.pdf

Cameron, I. & Kurrle, S. (2002). Rehabilitation and older people*. Medical Journal of Australia.* 177(7), 387-391. Acedido em 06-05-2014. Disponível em https://www.mja.com.au/journal/2002/177/7/1-rehabilitation-and-older-people

Cancela, D. (2007). *O processo de envelhecimento*. (Trabalho realizado no estagio de complemento ao diploma de Licenciatura em Psicologia não publicado) Universidade Lusíada do Porto, Porto.

Carneiro, R. (2012). *O envelhecimento da população: dependência, ativação e qualidade – Relatório Final*. Faculdade de Ciências Humanas Universidade Católica Portuguesa: Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa.

Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange (CIRRIE) (2010). Activities of daily living. *International Encyclopedia of Rehabilitation*. Acedido em 20/06/2014. Disponível em http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/contents/

Dantas, E. & Vale, R. (2004). Protocolo GDLAM de avaliação da autonomia funcional. *Fitness & Performance Journal.* 3 (3), 175-182.

Davies, S.; Ellis, L. & Laker, S. (2000). Promoting autonomy and Independence for older people within nursing practice: na observational study. *Journal of Clinical Nursing*. 9, 127-136.

Diniz, B. (2013). O Envelhecimento cognitivo. In Santos, F. S. et al (coord). *Estimulação cognitiva para idosos: ênfase na memória* (15-20). São Paulo: Atheneu.

Easton, K. (1999). *Gerontological Rehabilitation Nursing*. USA: Saunders Company.

Fernandes, M. (2013). Envelhecimento bem-sucedido: modelo de intervenção da enfermagem. In Lopes, M. (coord). *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa: da investigação à prática* (3-38). Loures: Lusociência.

Ferreira, A. (2011). Independência funcional em idosos domiciliados: intervenção de enfermagem de reabilitação. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem de reabilitação). Instituto Politécnico de Viseu, Viseu.

Ferreira, T. et al (2011). Análise da capacidade funcional de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano.* 8(1), 9-20. Acedido em 03-05-2014. Disponível em http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/387

Gonçalves, E. (2012). *Dependência dos idosos no domicílio e sobrecarga dos cuidadores: Impacto de um programa de enfermagem de reabilitação*. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação). Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Graf, C. (2006). Functional decline in hospitalized older adults. *American Journal of Nursing,* 106 (1), 58-67. Acedido em 20-03-2014. Disponível em http://knowledgetranslation.ca/sysrev/articles/project51/Graf2006.pdf

Henriques, A. (2013). A Gestão da medicação nas pessoas idosas: a adesão como indicador de eficácia das intervenções de enfermagem. In Lopes, M.A.P. (coord). *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa: da investigação à prática* (115-175). Loures: Lusociência.

Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de reabilitação: aplicação e processo.* Lisboa: Lusodidacta.

INE, Instituto Nacional de Estatística (2003). *Projeções para a população portuguesa 2000-2050*. Lisboa: INE. Acedido em 20-03-2014. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOEStipo=ea&PUBLICACOEScoleccao=107750&PUBLICACOEStema=55466&selTab=tab0

INE, Instituto Nacional de Estatística (2011). *Saúde e incapacidades em Portugal*. Lisboa: INE.

Mendes, C. (2013). *Efeitos de um programa de exercícios de enfermagem de reabilitação na aptidão física e independência funcional de idosos institucionalizados*. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.

Miller, C. (2009). *Nursing for Wellness in Older Adults*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Ministério da Saúde (2002). *Ganhos de saúde em Portugal: ponto de situação.* Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

Ordem dos Enfermeiros, OE (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial de Saúde (2004). *CIF: Classificação internacional da funcionalidade, incapacidade e saúde*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

Organização das Nações Unidas (2002). *Plano de ação internacional sobre o envelhecimento* (A. Santos trad). Brasilia: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. (Tradução do original espanhol Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, 2002, Comisaria del Comitê Organizador Español de la II Assembléa Mundial sobre el Envejecimiento, realizada de 8 a 12 de abril de 2002, em Madri).

Rodrigues, J. (2012) - *Declínio funcional cognitivo e risco de quedas em doentes idosos internados.* (Dissertação de Mestrado em Enfermagem e Reabilitação) Bragança: Escola Superior de Saúde.

Routasalo, P.; Arve, S. & Lauri, S. (2004). Geriatric rehabilitation nursing: developing a model. *International Journal of Nursing Practice.* 10, 207-215. DOI/10.1111/j.1440-172X.2004.00480.x

Royal College of Nursing, RCN (2007). *Maximising Independence: the role of the nurse in supporting rehabilitation of older people.* London: RCN. Acedido em 02-03-2014. Disponível em http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0003/109326/003186.pdf

Silva, A. et al (s/d). O envelhecimento do sistema músculo-esquelético e a abordagem fisioterapêutica. Acedido em 25-05-2014. Disponível em http://www.pergamum.univale.br/pergamum/tcc/Envelhecimentodosistemamusculoesqueleticoeaabordagemfisioterapeutica.pdf

Skelton, D. & McLaughlin, A. (1996) – Training functional ability in old age. *Physicotherapy.* 82 (3), 159-167.

Stott, D. & Quinn, T. (2013). Principles of Rehabilitation of Older people. *Medicine in Older Adults*, 47(1), 1-4. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.mpmed.2012.10.014

World Health Organization (2004). *A glossary of terms for community health care and services for older persons*. Japan: Who Document ProductionServices.

World Health Organization (2012). *Good health add life to years: global brief for the world health day 2012.* Geneva: Who Document Production Services

(Sub) Apêndice 1 – Projeto de Estágio

Aplicação da Teoria de Enfermagem de Caroll Miller à intervenção do EER na pessoa idosa

	Risco de Consequências funcionais negativas			Promover consequências funcionais positivas
	Alterações do Envelhecimento ***Aged Related changes***	**Consequências funcionais negativas**	**Condições patológicas mais frequentes**	**Estratégias de Intervenção do EER**

Mobilidade e Postura	**Esquelético:** • Perda de densidade óssea • Diminuição da resistência do tecido ósseo • Alterações da postura corporal: Cifose dorsal, flexão dos joelhos, anteriorizarão da cabeça, aumento da lordose cervical, que obriga à deslocação do centro de gravidade para a frente. **Articular** • Diminuição da espessura da cartilagem • Rigidez dos tecidos moles envolventes da articulação • Perda de elasticidade de ligamentos e tendões **Muscular:** • Perda de fibras musculares • Perda de elastina, sobretudo as do tipo I de contração rápida. • Diminuição da resistência muscular • Diminuição da massa muscular. • Menor velocidade na realização de movimentos e menos eficazes em termos de força produzida **Cardiopulmonares:** • Redução do débito cardíaco • Diminuição da capacidade vital	Diminuição do equilíbrio Diminuição da amplitude dos movimentos Diminuição da tolerância ao exercício Dificuldades na marcha Diminui a capacidade de resistência à atividade. Sedentarismo Risco de Queda	Quedas Intolerância à atividade Fraturas (colo do fémur) Osteoartroses degenerativas Osteoporose. Outras patologias crónicas afetam indiretamente - insuficiência cardíaca e a doença pulmonar obstrutiva crónica, afeções neurológicas p.e.	Mobilizações passivas e ativas Exercícios de amplitude e flexibilidade articular adaptados Exercícios fortalecimento muscular - isotónicos e isométricos Treino do equilíbrio – sentar, levantar e transferência Treino de marcha e transposição obstáculos (escadas) Conservação de energia Exercícios respiratórios	**TREINO DE ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA**	**ADAPTAÇÃO DO AMBIENTE (HOSPITALAR E DOMICILIÁRIO)**	**MATERIAL DE APOIO E AJUDAS TECNICAS**	**ARTICULAÇÃO MULTIDISCIPLINAR – CONTINUIDADE CUIDADOS**
Minimizar os efeitos negativos do envelhecimento			**Reduzir os fatores de risco**					

Alimentação e nutrição[3]	• Alterações das papilas gustativas • Alterações da dentição • Diminuição da secreção salivar • Diminuição do metabolismo Diminuição da motilidade digestiva • Diminuição da absorção de gorduras • Diminuição da produção de enzimas digestivas • Diminuição da sensação de sede.	Diminuição do gosto e olfato Dificuldades na mastigação e deglutição Perda de apetite Redução do aporte calórico e hídrico	Falta de peças dentárias – próteses Emagrecimento Desidratação Disfagia Défices nutricionais	Ajustes nos utensílios, apresentação e consistência dos alimentos. Seleção de alimentos adequados às necessidades nutricionais especificas. Treino da deglutição Treino da motricidade fina e coordenação motora	**TREINO DE ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA**	**ADAPTAÇÃO DO AMBIENTE (HOSPITALAR E DOMICILIÁRIO)**	**MATERIAL DE APOIO E AJUDAS TECNICAS**	**ARTICULAÇÃO MULTIDISCIPLINAR – CONTINUIDADE CUIDADOS**
Sistemas sensoriais	• Redução das sensações tácteis, temperatura e dor • Otoesclerose e atrofia do nervo auditivo • Redução da acuidade visual, visão periférica e capacidade de acomodação às diferenças de luminosidade	Diminuição da capacidade de receber e tratar informações do meio ambiente. Limitações da participação social e comunicação Diminuição da capacidade de interação e adaptação	Cataratas Glaucoma Presbiopia Hipoacusia	Estratégias de compensação e estimulação sensorial – visual e verbal – Ambiente compensador				

[3] Fatores de risco vezes agravados por outros fatores como a incapacidade em alimentar-se sozinho, por diminuição da visão, perda de coordenação, movimentos finos e força muscular.

Minimizar os efeitos negativos do envelhecimento			Reduzir os fatores de risco					
Cognição e comunicação	• Redução da velocidade de processamento de informações • Dificuldade em manipular informações simultâneas • Dificuldade em mudar o foco atencional • Diminuição da memória a curto prazo • Conservação da memória a longo prazo • Maior tempo para aquisição de novos conhecimentos • Diminui a velocidade de execução e de reação	Dificuldades na aprendizagem de novas situações Dificuldades acrescidas em executar tarefas que exijam concentração Dificuldades em selecionar e reter nova informação Lentidão dos movimentos motores globais – maior tempo de reação	Doença de Parkinson Acidente vascular cerebral Epilepsia vascular Demência	Orientação para a realidade Treino cognitivo e de memória Rotinas Execução de tarefas de concentração Estratégias de memória compensatórias	**TREINO DE ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA**	**ADAPTAÇÃO DO AMBIENTE (HOSPITALAR E DOMICILIÁRIO)**	**MATERIAL DE APOIO E AJUDAS TECNICAS**	**ARTICULAÇÃO MULTIDISCIPLINAR – CONTINUIDADE CUIDADOS**
Eliminação	**Urinário:** • Perda de nefrónios • Diminuição da filtração glomerular • Diminuição do tónus vesical e esfincteriano • Aumenta o volume residual **Intestinal:** • Perda da tonicidade do esfíncter • Diminuição da lubrificação da mucosa intestinal. • Enfraquecimento da musculatura pélvica	Menor capacidade de retenção. Potencial risco de infeções urinárias Diminuição do trânsito intestinal Perturbação da regularidade Sentimentos negativos vs incontinência	Incontinência urinária Infeções do trato urinário Cálculos renais Obstipação	Gestão da continência e eliminação: Treino de hábitos/Estabelecimento de rotinas Exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico Gestão dos hábitos alimentares e ingesta hídrica Promoção da atividade física quotidiana				
Minimizar os efeitos negativos do envelhecimento			Reduzir os fatores de risco					

(Sub) Apêndice 2 – Projeto de Estágio

Planeamento das atividades a desenvolver

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista				
A – DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL				
Competência	**Objetivos específicos**	**Estratégias e Atividades**	**Recursos**	**Indicadores**
Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção (A1)	Desenvolver capacidades na tomada de decisão autónoma, no âmbito da área da especialidade, suportada em valores éticos e deontológicos.	Participação na tomada de decisões em equipa, promovendo a parceria com o cliente. Pesquisa e divulgação de conhecimentos científicos atuais com vista à melhoria da qualidade na prestação de cuidados. Promoção de atitudes de consultadoria quando os cuidados requeiram competências no domínio da enfermagem de reabilitação.	- Enfermeiro-chefe - EEER-orientador - Professor -Equipa multidisciplinar - Recursos materiais vários - Diário de aprendizagens **Locais:** - Internamento de Neurologia [redacted] - UCC [redacted]	✓ Demonstrou autonomia e iniciativa na apreciação e tomada de decisão nas situações da prática clinica. ✓ Evidenciou uma conduta e tomada de decisão, assentes no respeito pelos princípios éticos e deontológicos do exercício profissional.

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista				
A – DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL				
Competência	**Objetivos específicos**	**Estratégias e Atividades**	**Recursos**	**Indicadores**
Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2)	Otimizar a proteção e respeito pelos direitos humanos na prática clinica – segurança, privacidade e dignidade Desenvolver competências no domínio da responsabilização e gestão de situações comprometedoras para o cliente.	Manutenção da confidencialidade e segurança na gestão da informação sobre cliente. Promoção do respeito dos valores e crenças do utente. Identificação de práticas de risco para o cliente e adoção de medidas corretivas para aumentar a segurança das mesmas.	- Enfermeiro-chefe - EEER-orientador - Professor -Equipa multidisciplinar - Recursos materiais vários - Diário de aprendizagens **Locais:** - Internamento de Neurologia [redacted] - UCC [redacted]	✓ Promoveu o respeito e defesa dos direitos da pessoa na prestação de cuidados especializados. ✓ Demonstrou capacidades no âmbito da segurança e responsabilização. ✓ Demonstrou na sua intervenção uma conduta preventiva relativamente aos riscos para o cliente.

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista				
B – DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE				
Competência	**Objetivos específicos**	**Estratégias e Atividades**	**Recursos**	**Indicadores**
Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais (B1) **Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade (B2)**	Colaborar na conceção e/ou implementação de projetos institucionais na área da qualidade. Incluir diretivas e conhecimentos avançados na melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Analisar e rever as práticas em relação aos seus resultados e implementar programas de melhoria continua.	Participação no planeamento e/ou implementação de projetos das unidades ou instituições, em vigor no período de ensino clinico. Pesquisa e divulgação de conhecimentos científicos atuais com vista à melhoria da qualidade na prestação de cuidados. Colaboração na identificação de oportunidades e prioridades de melhoria. Elaboração de guias orientadores de boas práticas.	- Enfermeiro-chefe - EEER-orientador - Professor -Equipa multidisciplinar - Recursos materiais vários - Diário de aprendizagens **Locais:** - Internamento de Neurologia [redacted] - UCC [redacted]	✓ Colaborou na implementação e planeamento de projetos institucionais destinados à melhoria dos cuidados prestados.

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista				
B – DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE				
Competência	**Objetivos específicos**	**Estratégias e Atividades**	**Recursos**	**Indicadores**
Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro (B3)	Gerir o ambiente envolvente à pessoa, o risco associado, como forma de garantir a efetividade terapêutica e a prevenção de acidentes	Identificação de necessidades relativas à criação/manutenção de um ambiente seguro para os utentes. Envolvimento da família na promoção de um ambiente seguro em meio hospitalar e no domicílio para a pessoa idosa. Aplicação dos princípios gerais de segurança e de ergonomia na prestação de cuidados	- Enfermeiro-chefe - EEER-orientador - Professor -Equipa multidisciplinar - Recursos materiais vários - Diário de aprendizagens **Locais:** - Internamento de Neurologia [redacted] - UCC [redacted]	✓ Considerou os princípios de gestão de um ambiente seguro na prestação de cuidados à pessoa e família. ✓ Evidenciou estratégias pertinentes para minimização do risco nos diferentes contextos (hospitalar/domicilio)

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista				
C – DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS				
Competência	**Objetivos específicos**	**Estratégias e Atividades**	**Recursos**	**Indicadores**
Gere os cuidados otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar (C1)	Otimizar as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, tendo em vista a garantia de segurança e qualidade das tarefas delegadas.	Colaboração nas decisões da equipa multidisciplinar. Participação em reuniões de equipa. Partilha de conhecimentos e pareceres sobre o processo de cuidados com outros elementos da equipa de saúde. Avaliação da necessidade e referenciação para outras profissionais/instituições/recursos. Orientação e supervisão de outros profissionais em tarefas delegadas.	- Enfermeiro-chefe - EEER-orientador - Professor -Equipa multidisciplinar - Recursos materiais vários - Diário de aprendizagens **Locais:** - Internamento de Neurologia [redacted] - UCC [redacted]	✓ Efetuou uma adequada gestão de recursos nos processos de decisão na prestação de cuidados. ✓ Demostrou capacidades no domínio da orientação, consultadoria e supervisão de outros profissionais.

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista				
C – DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS				
Competência	**Objetivos específicos**	**Estratégias e Atividades**	**Recursos**	**Indicadores**
Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados (C2)	Desenvolver as competências de gestão de recursos e liderança situacional na organização e coordenação dos cuidados	Participação em atividades de organização e coordenação da equipa de cuidados Adaptação das metodologias de trabalho selecionando as mais adequadas ao contexto e/ou situação Envolvimento dos elementos da equipa de enfermagem na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação Utilização eficiente dos recursos disponíveis	- Enfermeiro-chefe - EEER-orientador - Professor -Equipa multidisciplinar - Recursos materiais vários - Diário de aprendizagens **Locais:** - Internamento de Neurologia [redacted] - UCC [redacted]	✓ Evidenciou uma atitude crítica e competente na organização e coordenação dos cuidados ✓ Selecionou estratégias pertinentes de motivação e envolvimento da equipa de enfermagem nos cuidados prestados.

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista				
D – DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS				
Competência	**Objetivos específicos**	**Estratégias e Atividades**	**Recursos**	**Indicadores**
Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade (D1)	Aperfeiçoar competências no domínio da assertividade e relação interpessoal, com a pessoa alvo de cuidados e equipa multiprofissional.	Aplicação dos princípios de relação de ajuda e cuidados centrados na pessoa na relação terapêutica. Gestão de sentimentos e emoções de forma adequada na construção da relação terapêutica. Otimização dos processos comunicacionais na equipa multidisciplinar.	- Enfermeiro-chefe - EEER-orientador - Professor -Equipa multidisciplinar - Recursos materiais vários - Diário de aprendizagens **Locais:** - Internamento de Neurologia [redacted] - UCC [redacted]	✓ Estabeleceu uma relação de respeito e compreensão empática na relação com utente e família. ✓ Favoreceu os processos de colaboração e comunicação interdisciplinar na equipa e ou serviços. ✓ Demonstrou uma atitude reflexiva perante as situações da prática clinica vivenciadas.

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista				
D – DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS				
Competência	**Objetivos específicos**	**Estratégias e Atividades**	**Recursos**	**Indicadores**
Baseia a sua praxis clinica especializada em sólidos e validos padrões de conhecimento (D2)	Facilitar os processos de aprendizagem em contextos de trabalho. Suportar a prática clinica pela investigação e conhecimento científico de maior evidência.	Colaboração no diagnóstico de necessidades formativas da equipa. Desenvolvimento de ações formativas oportunas para enfermeiros e outros profissionais da unidade de cuidados. Construção e atualização de um corpo de conhecimentos científicos pessoal, através de métodos de pesquisa adequados. Promoção da atualização dos conhecimentos científicos no seio da equipa de enfermagem. Análise crítica de situações clinicas, com vista a articulação e integração da base de conhecimentos teóricos, com a prestação de cuidados especializados.	- Enfermeiro-chefe - EEER-orientador - Professor -Equipa multidisciplinar - Recursos materiais vários - Diário de aprendizagens **Locais:** - Internamento de Neurologia [redacted] - UCC [redacted]	✓ Demonstrou interesse em aprofundar conhecimentos científicos atuais e pertinentes à prática de cuidados. ✓ Rentabilizou e problematizou criticamente as oportunidades de aprendizagem ✓ Fundamentou adequadamente as intervenções desenvolvidas com base no mais atual conhecimento científico.

Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem De Reabilitação				
Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados (1)				
Unidade de Competência	**Objetivos específicos**	**Estratégias e Atividades**	**Recursos**	**Indicadores**
Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações de atividade e incapacidades (J1.1)	Identificar necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação com a pessoa idosa, no domínio patológico e/ou preventivo.	Avaliação de níveis de funcionalidade mediante a aplicação de escalas e instrumentos adequados à pessoa idosa Recolha de informação pertinente de processo, outros profissionais e família ou cuidador. Identificação de fatores facilitadores, inibidores e/ou de risco na realização das atividades de vida diária da pessoa idosa. Identificação de alterações (atuais ou potenciais) a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, alimentar, eliminação potencias alvo de intervenção. Avaliação dos aspetos psicossociais, familiares e económicos que interferem no processo de adaptação da pessoa idosa.	- Enfermeiro-chefe - EEER-orientador - Professor -Equipa multidisciplinar - Recursos materiais vários - Diário de aprendizagens **Locais:** - Internamento de Neurologia [redacted] - UCC [redacted]	✓ Identificou de forma adequada as necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação, na pessoa idosa, recorrendo a instrumentos de avaliação adequados a cada situação. ✓ Favoreceu o envolvimento da pessoa, família ou cuidador na identificação das necessidades de intervenção.

Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação				
Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados (1)				
Unidade de Competência	**Objetivos específicos**	**Estratégias e Atividades**	**Recursos**	**Indicadores**
Concebe e organiza planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto-controlo e auto-cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade (J1.2)	Conceber e organizar planos de intervenção de enfermagem de reabilitação que visam promover a capacidade funcional da pessoa idosa, tendo em consideração o processo de envelhecimento e sua adaptação ao processo de saúde-doença.	Definição e discussão de prioridades de intervenção. Conceção de planos de intervenção personalizados, que integrem intervenções especificas destinadas a otimizar a funcionalidade nos domínios alterados e ou em risco de perturbação. Mobilização dos recursos (materiais, humanos; comunitários e hospitalares) necessários à implementação dos planos de intervenção. Otimização do ambiente envolvente da pessoa, eliminando barreiras e facilitando estratégias adaptativas.	- Enfermeiro-chefe - EEER-orientador - Professor -Equipa multidisciplinar - Recursos materiais vários - Diário de aprendizagens **Locais:** - Internamento de Neurologia [redacted] - UCC [redacted]	✓ Estabeleceu prioridades de intervenção em função da pessoa e família. ✓ Organizou e planificou a sua ação tendo por base as alterações identificadas (atuais ou potenciais) e considerando as especificidades da pessoa idosa ✓ Promoveu o envolvimento da família no processo de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação				
Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados (1)				
Unidade de Competência	**Objetivos específicos**	**Estratégias e Atividades**	**Recursos**	**Indicadores**
Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, eliminação e sexualidade. (J1.3)	Implementar Intervenções planeadas com o objetivo de otimizar/reeducar e/ou prevenir limitações no domínio das funções motoras, sensoriais, cognitivas, cardio-respiratórias e de eliminação, na pessoa idosa. Conceber sessões de treino com técnicas destinadas à promoção da capacidade funcional, auto-cuidado e realização de atividades de vida.	Implementação de programas e técnicas de: - Reeducação funcional respiratória; -Reeducação funcional motora (mobilizações e fortalecimento muscular, amplitude articular; transferências; levante e postura; treino do equilíbrio e da marcha) - Sensorial e cognitivo (estimulação) -Reeducação da função da alimentação e eliminação. Aplicação de técnicas de treino e demonstração, na promoção da participação/realização de atividades de vida diária, considerando as especificidades da pessoa idosa.	- Enfermeiro-chefe - EEER-orientador - Professor -Equipa multidisciplinar - Recursos materiais vários - Diário de aprendizagens **Locais:** - Internamento de Neurologia [redacted] - UCC [redacted]	✓ Demonstrou o domínio das técnicas e estratégias de intervenção ao nível das funções motoras, sensoriais, cardio-respiratorias, alimentação e eliminação ✓ Adequou a sua aplicação considerando as especificidades da pessoa idosa ✓ Ensinou e instruiu sobre técnicas destinadas a maximizar o desempenho nas atividades de vida diária

Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação				
Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados (1)				
Unidade de Competência	**Objetivos específicos**	**Estratégias e Atividades**	**Recursos**	**Indicadores**
Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, eliminação e sexualidade. (J1.3)	Promover a continuidade de cuidados nos diferentes contextos (internamento e domicilio/comunidade)	Articulação com outros recursos profissionais e institucionais para otimizar as intervenções planeadas. Seleção adequada de recursos – ajudas técnicas ou apoio institucional – necessários à continuidade de cuidados. Planeamento precoce da alta com integração e envolvimento da família na identificação de necessidades no regresso a casa.	- Enfermeiro-chefe - EEER-orientador - Professor -Equipa multidisciplinar - Recursos materiais vários - Diário de aprendizagens **Locais:** - Internamento de Neurologia [redacted] - UCC [redacted]	✓ Colaborou enquanto elemento ativo no processo de alta e transferência do utente. ✓ Mobilizou os recursos adequados à continuidade dos cuidados tendo em vista o processo de reabilitação. ✓ Procurou envolver ativamente a pessoa significativa na sua prática de cuidados.

Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação				
Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados (1)				
Unidade de Competência	**Objetivos específicos**	**Estratégias e Atividades**	**Recursos**	**Indicadores**
Avalia os resultados das intervenções implementadas (J1.4)	Avaliar os resultados dos programas de intervenção implementados.	Aplicação de medidas e instrumentos rigorosos na avaliação da evolução do utente tendo em conta os objetivos definidos. Restruturação do plano de intervenção consoante necessidades resolvidas e/ou outras identificadas. Elaboração de registos adequados que promovam a visibilidade da eficácia dos cuidados de enfermagem de reabilitação.	- Enfermeiro-chefe - EEER-orientador - Professor -Equipa multidisciplinar - Recursos materiais vários - Diário de aprendizagens **Locais:** - Internamento de Neurologia [redacted] - UCC [redacted]	✓ Demonstrou uma evolução na capacidade de avaliação e restruturação dos planos de cuidados elaborados. ✓ Avaliou a eficácia e reformulou os programas de reabilitação definidos.

Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação				
Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição de participação para a reinserção e exercício da cidadania. (2)				
Unidade de Competência	**Objetivos específicos**	**Estratégias e Atividades**	**Recursos**	**Indicadores**
Elabora e implementa programas de treino de AVD's visando a adapatação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida (J2.1)	Elaborar e implementar programas de treino de atividades de vida com vista a promover, recuperar ou manter a participação do idoso e a sua funcionalidade, *nos vários contextos (internamento/ comunidade/domicílio)*	Ensino da pessoa e treino de técnicas específicas de promoção do auto-cuidado – higiene, vestir e despir, alimentar-se, mover-se, transferir-se, deambular, eliminação, etc. Aplicação das estratégias de reeducação respiratória e motora às atividades de vida diária, como forma de otimizar a aprendizagem no idoso. Orientação e ensino sobre a utilização (se necessário) de produtos de apoio.	- Enfermeiro-chefe - EEER-orientador - Professor -Equipa multidisciplinar - Recursos materiais vários - Diário de aprendizagens **Locais:** - Internamento de Neurologia [redacted] - UCC [redacted]	✓ Demonstrou um domínio elevado das técnicas de reabilitação e treino de atividades de vida diária. ✓ Adequou a sua aplicação considerando as especificidades da pessoa idosa.

Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação				
Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição de participação para a reinserção e exercício da cidadania. (2)				
Unidade de Competência	**Objetivos específicos**	**Estratégias e Atividades**	**Recursos**	**Indicadores**
Promove a acessibilidade e a participação social (J2.2)	Identificar barreiras à participação social, acessibilidade e mobilidade da pessoa idosa no seu contexto domiciliário.	Avaliação, orientação e adaptação do contexto domiciliário do utente de forma a minimizar o risco de limitações e complicações. Pesquisa sobre legislação, normas técnicas, estruturas e equipamentos sociais da comunidade.	- Enfermeiro-chefe - EEER-orientador - Professor -Equipa multidisciplinar - Recursos materiais vários - Diário de aprendizagens **Locais:** - Internamento de Neurologia [redacted] - UCC [redacted]	✓ Otimizou e instruiu sobre a adaptação do ambiente/produtos de apoio da pessoa idosa com forma de reduzir limitações e risco de complicações.

Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação				
Maximiza a funcionalidade desenvolvendo a capacidade da pessoa (3)				
Unidade de Competência	**Objetivos específicos**	**Estratégias e Atividades**	**Recursos**	**Indicadores**
Concebe e implementa programas de treino motor e cardio-respiratório (J3.1) **Avalia e reformula programas de treino em função dos resultados esperados (J3.2)**	Desenvolver atividades destinadas a maximizar as capacidades funcionais da pessoa idosa favorecendo o seu desempenho a nível motor e cardio respiratório. Conceber sessões de treino com vista a promoção da saúde, a prevenção de lesões e a sua reabilitação.	Implementação de programas e técnicas de: - Reeducação funcional respiratória; -Reeducação funcional motora (mobilizações e fortalecimento muscular, amplitude articular; transferências; levante e postura; treino do equilíbrio e da marcha) - Sensorial e cognitivo (estimulação) -Reeducação da função da alimentação e eliminação. Treino e orientação sobre técnicas facilitadoras, com vista à promoção da participação/realização de atividades de vida diária, considerando as especificidades da pessoa idosa.	- Enfermeiro-chefe - EEER-orientador - Professor -Equipa multidisciplinar - Recursos materiais vários - Diário de aprendizagens **Locais:** - Internamento de Neurologia [redacted] - UCC [redacted]	✓ Demonstrou o domínio das técnicas e estratégias de intervenção ao nível das funções motoras, sensoriais, cardio-respiratorias, alimentação e eliminação ✓ Adequou a sua aplicação considerando as especificidades da pessoa idosa ✓ Ensinou e instruiu sobre técnicas destinadas a maximizar o desempenho nas atividades de vida diária

(Sub) Apêndice 3 – Projeto de Estágio

Guião de Entrevista aos locais de estágio

Apresentação e Caracterização geral do local de estágio
Historial da equipa: Constituição, elementos e dinâmicas relevantes (encontros fixos, articulações comuns entre profissionais), metodologia de trabalho.
Filosofia da organização, missão e valores?
Critérios de acesso aos cuidados (caso da ECCI)? Modalidades de intervenção e referenciação
Quem são o(s) enfermeiro(s) especialista(s) em reabilitação? Como é feita a organização do seu trabalho?

Caracterização da população/utentes…
Que tipologia de doentes/patologias é mais comum? Alguma problemática em particular a dar atenção?
Quais as situações para as quais é solicitado o vosso apoio.
Que tipo de necessidades são as mais prevalentes? Da vossa avaliação.
Que cuidados a enf. Reabilitação pode oferecer?

Projetos em curso ou pertinentes de desenvolver…
Objetivos definidos para o ano atual?
O que gostariam de fazer (em termos de projetos ou cuidados) e não tem tempo? Algum projecto adiado ou a ser desenvolvido actualmente? E no futuro?
Atividades que seriam proveitosas para a instituição/equipa ou utentes.

Monitorização de cuidados e resultados…
Em termos de instrumentos, utilizam algum em específico?
Como é feito o planeamento, o registo e avaliação dos cuidados de enf. Reabilitação?
Têm previsto alguma colaboração extra-equipa – outras instituições, por exemplo?
Como monitorizam os resultados e indicadores da vossa atividade, no âmbito dos cuidados de enf. Reabilitação?

Colaboração na formação de Enfermeiros especialistas…
Habitualmente, como é que é gerido o tempo de estágio, os turnos semanais e o horário do orientador? Alguma especificidade? (turnos específicos, dias específicos, horários, etc)
Qual o "circuito" habitual do aluno: fica somente no serviço, têm outras valências?
Tendo em conta a área de interesse _____ (escolhida), parece pertinente? Em que moldes se pode concretizar e adequar ou não ao serviço/instituição?

(Sub) Apêndice 4 – Projeto de Estágio

Caracterização breve da Unidade de internamento de Neurologia [redacted]

A unidade de internamento de neurologia do [redacted] recebe pessoas do sexo feminino e masculino, e tem a lotação de 26 camas, das quais 13 atribuídas à especialidade de neurologia geral e 13 atribuídas à especialidade de neurologia vascular, organizados por enfermarias de 4 camas senhoras, 4 camas homens, 4 camas de cuidados especiais (intermédios) e 1 cama de isolamento. Integra a enfermaria de cuidados especiais da neurologia vascular – a unidade de AVC.

Relativamente à tipologia de doentes internados, podemos enumerar como patologias mais frequentes:

- Neurologia Geral: Epilepsia, Esclerose lateral amiotrófica, Esclerose Múltipla, Encefalites, Demências, Parkinson. A destacar que realiza o pré-operatório dos doentes que são submetidos à cirurgia de implantação de DBS – neuro estimulação.

- Neurologia Vascular: Acidente vascular cerebral, hematoma cerebral, embolizações, aneurismas, angiografias.

Quanto aos recursos humanos, e em particular aos enfermeiros de reabilitação, ao momento da entrevista existem 3 especialistas em enfermagem de reabilitação de manhãs, e 4 especialistas de enfermagem de reabilitação em horário continuo – tardes e noites.

Agregado ao internamento existem ainda as valências da consulta de esclerose lateral amiotrófica, e a valência de exames especiais neurológicos e ensaios clínicos.

As articulações mais frequentes entre a unidade e a comunidade, são com os Centros de Saúde e apoio domiciliário das respetivas áreas de residência e com o Centro de Reabilitação de Alcoitão.

De salientar a coordenação diária com os serviços de Fisioterapia, para o planeamento dos cuidados de enfermagem de reabilitação, como por ex. idas ao ginásio.

Foram expressos como desejos do serviço, a realização de folhetos relativos às atividades de vida diária, e a implementação de uma consulta de enfermagem na consulta de acompanhamento de Esclerose lateral Amiotrófica.