



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO
JOÃO DE DEUS**

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO

BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Qualidade de vida no idoso com dependência
funcional: influência de um programa de
reabilitação durante o internamento**

Helena Sofia Mira Cachola

Orientação: Professor José Moreira

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Reabilitação*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024

Esta dissertação não inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO
JOÃO DE DEUS**



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO
BRANCO**
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Qualidade de vida no idoso com dependência
funcional: influência de um programa de
reabilitação durante o internamento**

Helena Sofia Mira Cachola

Orientação: Professor José Moreira

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Reabilitação*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024

“Quanto menos inteligente um homem é, menos misteriosa lhe parece a existência”

Arthur Schopenhauer

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, duas forças da natureza, que me incentivam a procurar alegria no mundo e a completá-la com o conhecimento, sem pensar duas vezes.

À minha irmã, a minha pessoa. A que salta do abismo comigo, de mãos dadas, sem me pedir nada em troca.

Ao meu namorado, que foi fonte de amor, de paciência e o meu abraço seguro.

Aos meus amigos, que me fizeram lutar e seguir em frente.

A todos os enfermeiros orientadores pela competência e disponibilidade ao longo desta jornada.

Ao professor José Moreira, pela orientação e pela visão crítica e construtiva.

RESUMO

Enquadramento: Ao longo do ciclo de vida ocorrem alterações fisiológicas que condicionam o grau de funcionalidade da pessoa, com conseqüente aumento da dependência no autocuidado. O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação assume um papel fundamental como facilitador nas transições identificadas ao longo do processo de saúde-doença, prevenção de incapacidades, minimização do impacto do internamento na funcionalidade e otimização da qualidade de vida dos idosos.

Objetivo: Desenvolver competências em enfermagem de reabilitação, identificando ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao utente idoso em contexto de internamento, minimizando o respetivo impacto na sua qualidade de vida.

Metodologia: O projeto de intervenção foi suportado pela metodologia de estudo de casos múltiplos, com base numa amostra de conveniência. Os cuidados foram contextualizados através do referencial teórico de Afaf Meleis e do modelo teórico de Nancy Roper, seguindo as etapas do processo de enfermagem.

Resultados: Todos os seis utentes incluídos no programa de enfermagem de reabilitação apresentaram ganhos no aumento da funcionalidade, evoluindo de um *score* médio de 51.1 pontos na avaliação da Medida de Independência Funcional, para um *score* médio de 92 pontos. No que se refere à perceção da Qualidade de Vida, todos os participantes evoluíram de forma positiva nos vários domínios que constituem o instrumento EQ-5D-3L.

Conclusão: As intervenções realizadas no âmbito do projeto implementado demonstraram ser eficazes na maximização da funcionalidade e da qualidade de vida dos idosos hospitalizados, alicerçadas nas competências adquiridas e desenvolvidas de enfermeiro especialista, enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e de mestre.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação; Idoso; Funcionalidade; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Background: Throughout the life cycle, physiological changes occur that affect the person's level of functionality, with a consequent increase in dependence on self-care. The rehabilitation nurse plays a fundamental role in facilitating the transitions identified throughout the health-disease process, preventing disabilities, minimising the impact of hospitalization on functionality and optimising the quality of life of the elderly.

Objective: To develop skills in rehabilitation nursing, identifying significant gains in Rehabilitation Nursing care for elderly patients in an inpatient context, minimizing the respective impact on their quality of life.

Methodology: The intervention project was supported by the multiple case study methodology, based on a convenience sample. The care was contextualised using Afaf Meleis' theoretical framework and Nancy Roper's theoretical model, following the stages of the nursing process.

Results: All six patients included in the rehabilitation nursing programme showed gains in increased functionality, evolving from an average score of 51.1 points on the Functional Independence Measure to an average score of 92 points. In terms of perceived Quality of Life, all the participants evolved positively in the various domains that make up the EQ-5D-3L instrument.

Conclusion: The interventions carried out within the scope of the implemented project proved to be effective in maximising the functionality and quality of life of hospitalized elderly people, based on the skills acquired and developed as a specialist nurse, rehabilitation nurse and master's degree.

Keywords: Rehabilitation Nursing; Aged; Functionality; Quality of Life.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
2. APRECIÇÃO DO CONTEXTO	3
3. ANÁLISE DO ENVOLVIMENTO	6
4. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	11
4.1. Modelo de Enfermagem Baseado na Teoria das Atividades de Vida Diária.....	11
4.2. Referencial Teórico de Afaf Meleis.....	13
4.3. Funcionalidade e Qualidade de Vida.....	15
5. METODOLOGIA	18
6. RESULTADOS	22
6.1. Estudo de Caso 1	23
6.2. Estudo de Caso 2.....	26
6.3. Estudo de Caso 3.....	30
6.4. Estudo de Caso 4.....	33
6.5. Estudo de Caso 5.....	37
6.6. Estudo de Caso 6.....	40
6.7. Resultados e diagnósticos	43
7. DISCUSSÃO.....	45
8. GANHOS EM SAÚDE.....	48
9. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ...	50
9.1. Competências comuns do Enfermeiro Especialista	50
9.1.1. Competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	50
9.1.2. Competências no domínio da melhoria contínua da qualidade	52
9.1.3. Competências no domínio da gestão dos cuidados	54
9.1.4. Competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	56
9.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	57

9.2.1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.....	57
9.2.2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania	58
9.2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa	59
9.3. Competências de Mestre	60
10. CONCLUSÃO	61
11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Diagrama do modelo de vida.....	13
Figura 2: Referencial teórico de Afaf Meleis	14

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Índice de dependência de idosos	3
Gráfico 2: Esperança de vida e Anos de vida saudável à nascença por sexo, Portugal, 2020 ...	4
Gráfico 3: Índice de Envelhecimento	6
Gráfico 4: Distribuição etária dos doentes internados num serviço de Medicina Interna.....	8
Gráfico 5: Distribuição dos doentes por faixa etária com ênfase na diferença da mediana das idades em cada grupo (1992-1994 e 2012-2014)	8
Gráfico 6: Pirâmide Etária dos Utentes Abrangidos	10
Gráfico 7: Índice de Dependência dos Utentes Abrangidos pela UCC	10
Gráfico 8: Proporção da população que avalia o seu estado de saúde como bom ou muito bom por sexo e grupo etário, em Portugal, no ano de 2022	17
Gráfico 9: Prevalência dos diagnósticos de enfermagem de reabilitação	22
Gráfico 10: Participantes por sexo	23
Gráfico 11: Ambiente Familiar.....	23
Gráfico 12: Avaliação da funcionalidade de cada participante e avaliação média, através da MIF	43
Gráfico 13: Avaliação do equilíbrio corporal de cada participante e avaliação média, através do Índice de Tinetti.....	44

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica dos participantes	23
Tabela 2: Avaliação da MIF, P1	24
Tabela 3: Avaliação da Qualidade de Vida do P1	24
Tabela 4: Preenchimento do Índice de Tinetti de P1	26
Tabela 5: Avaliação da MIF, P2	27
Tabela 6: Avaliação da Qualidade de Vida do P2	28
Tabela 7: Preenchimento do Índice de Tinetti de P2	29
Tabela 8: Avaliação da MIF, P3	31
Tabela 9: Avaliação da Qualidade de Vida do P3	31
Tabela 10: Preenchimento do Índice de Tinetti de P3	32
Tabela 11: Avaliação da MIF, P4	35
Tabela 12: Avaliação da Qualidade de Vida da P4	36
Tabela 13: Preenchimento do Índice de Tinetti de P4	37
Tabela 14: Avaliação da MIF, P5	38
Tabela 15: Avaliação da Qualidade de Vida da P5	38
Tabela 16: Preenchimento do Índice de Tinetti de P5	40
Tabela 17: Avaliação da MIF, P6	41
Tabela 18: Avaliação da Qualidade de Vida do P6	42
Tabela 19: Preenchimento do Índice de Tinetti de P6	43

LISTA DE ABREVIATURAS

AIVD's - Atividades Instrumentais da Vida Diária

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD's - Atividades de Vida Diária

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER - Enfermagem de Reabilitação

HTA – Hipertensão Arterial

MIE – Membro Inferior Esquerdo

MIF - Medida de Independência Funcional

MSE – Membro Superior Esquerdo

PAC - Pneumonia Adquirida na Comunidade

QV – Qualidade de Vida

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

TC-CE - Tomografia Computorizada Crânio-encefálica

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular Relatório, inserida no curso de Mestrado em Enfermagem, Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, em Associação entre as Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnicos de Portalegre, Beja, Castelo Branco, Setúbal e Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora, acolhido pelo Instituto Politécnico de Portalegre, e realizado sob a orientação do Professor José Moreira.

O mestrado em enfermagem de reabilitação e os estágios que dele fazem parte, pretendem incrementar uma formação que prepare o enfermeiro especialista para agir de acordo com a mais recente evidência científica, possibilitando a aplicação de conhecimentos na prática, intervindo junto da pessoa com dependência funcional (Esteves et al., 2018). O Relatório Final tem como tema “Qualidade de vida no idoso com dependência funcional: influência de um programa de reabilitação durante o internamento” e reflete, de forma pormenorizada e fundamentada, as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas para o grau de Mestre e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

O desenvolvimento de competências ocorreu em diferentes contextos: o primeiro num serviço de ortopedia, com principal enfoque nos cuidados do foro ortopédico e ortotraumatológico. O segundo contexto foi num serviço de medicina interna, com vista à prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação a pessoas com lesões neurológicas de origem traumática, crónicas e/ou de sequelas. O último contexto de estágio visou uma intervenção junto da pessoa com alterações cardiorrespiratórias, numa Unidade de Cuidados na Comunidade.

Nos demais contextos de estágio, foram prestados cuidados de enfermagem de reabilitação a utentes com diferentes necessidades, com intervenções no âmbito da reeducação funcional respiratória, da prevenção de imobilidade, na reabilitação motora, no treino de atividades básicas de vida diárias, na educação e literacia para a saúde. A intervenção teve como foco a maximização do potencial funcional do utente e a promoção da sua independência, minimizando incapacidades e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida.

Atendendo aos contextos onde decorreu o Estágio Final, foi elaborado um projeto dirigido aos utentes com alterações da funcionalidade, com impacto na qualidade de vida. A escolha da temática foi assente na prática diária e motivação pessoal, dado que, enquanto enfermeira num serviço de medicina interna, a problemática da funcionalidade com impacto na qualidade de vida é uma constante, que obriga a uma luta diária para capacitar o utente e maximizar a sua

independência funcional, atuando no empoderamento da pessoa e da família, com vista a transições de saúde-doença mais seguras.

O envelhecimento da população é uma tendência transversal ao mundo e faz parte do ciclo de vida. O declínio das faculdades físicas e mentais, o aumento de doenças e de multimorbilidade, a perda de autonomia e incapacidade, e o afastamento dos papéis sociais, exigem intervenções dos profissionais no sentido de potenciar a preservação da saúde, da capacidade funcional e da qualidade de vida. Tal obriga a um reajustamento dos cuidados, para um envelhecimento bem-sucedido, com foco na literacia, na promoção da saúde, na prevenção da doença, no reabilitar e capacitar para a independência e transições saudáveis (Pires et al., 2019; Reis et al., 2021).

A Organização Mundial da Saúde considera que o conceito de qualidade de vida é muito abrangente, subjetivo e dinâmico (Mendes, 2020). Dado que se estima que os utentes apresentem uma funcionalidade mantida até cerca dos 75 anos, percebe-se a necessidade de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação durante o período de internamento, para que este não seja mais um fator degradante da qualidade de vida dos adultos e idosos (Lopes et al., 2013).

Como tal, e tendo em conta o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista e de mestre, estabeleceu-se como objetivo geral: adquirir competências que permitam a avaliação e intervenção quando a funcionalidade se encontra comprometida. Como objetivos específicos: implementar programas de treino motor; promover a melhoria da qualidade de vida; diagnosticar, planear, executar e avaliar as intervenções implementadas; capacitar a pessoa com limitações na reinserção e exercício de cidadania; realizar programas de treino de atividades básicas de vida diária e, quando necessário, informar ou auxiliar na utilização de ajudas técnicas e produzir dados que demonstrem resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Este documento está estruturado nos seguintes capítulos: apreciação do contexto e análise do envolvimento, análise de produção de cuidados sustentada por um enquadramento conceptual. De seguida apresenta-se o projeto, fundamentando a pertinência do estudo, a metodologia, procedimentos éticos e os resultados. O capítulo final consagra a análise reflexiva sobre as atividades desenvolvidas e competências adquiridas e, por último, a conclusão do relatório final. O mesmo termina com as referências bibliográficas consultadas, os apêndices e os anexos. Este documento foi redigido segundo o Acordo Ortográfico em vigor e segue as normas da *American Psychological Association*, 7.^a edição, conforme o preconizado no Instituto Politécnico de Portalegre.

2. APRECIÇÃO DO CONTEXTO

A diminuição da taxa de natalidade e o conseqüente aumento da esperança média de vida, associada ao progresso técnico-científico, permite atualmente ultrapassar doenças ou traumatismos que anteriormente eram sinónimo de fatalidade, e assim contribuir para um envelhecimento populacional (Azevedo et al., 2019).

O envelhecimento provoca alterações fisiopatológicas, comportamentais e socioculturais, e inevitavelmente um declínio das capacidades físicas e mentais, associadas a uma diminuição da independência. A dependência nos idosos pode ser traduzida pelo índice de dependência, ou seja, o número de pessoas com 65 e mais anos de idade, por cada 100 pessoas em idade ativa, que em Portugal tem assumido um número crescente, como mostra o Gráfico 1.

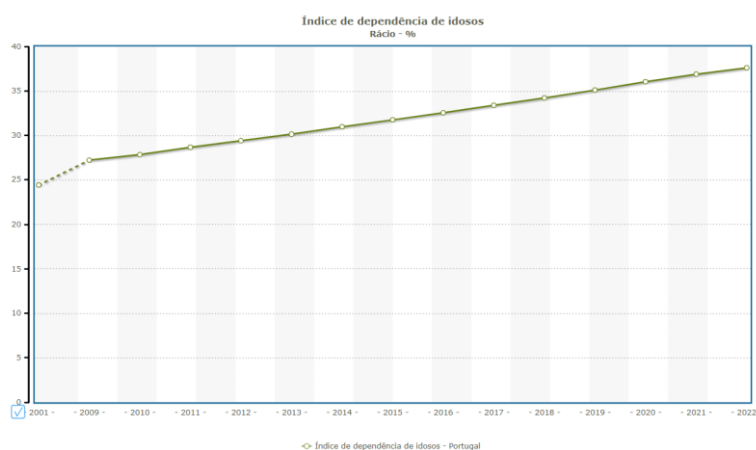


Gráfico 1: Índice de dependência de idosos. Fonte: PORDATA (2023)

Este aumento da esperança média de vida à nascença, com progressão nos últimos anos, nem sempre significa qualidade de vida (QV), e as estatísticas mostram-nos que, a partir dos 65 anos de idade, e para uma esperança média de vida de 80 anos, apenas cerca de sete anos são vividos com qualidade (Instituto Nacional de Estatística, 2023b). Ou seja, vivemos mais anos, contudo essa longevidade não significa necessariamente que são anos de vida saudáveis, dado que muitas vezes são anos de vida acompanhados de dependência funcional.

Apesar de ser universal, comum a todos os seres vivos, o processo de envelhecimento é de cariz individual e sociocultural, influenciado pela genética, pelos hábitos e estilos de vida, pelo meio ambiente e pelos acessos aos cuidados de saúde, e é acompanhado de alterações fisiológicas e patológicas. Embora o envelhecimento não seja sinónimo de doença, o avançar da idade aumenta a multimorbilidade e a probabilidade de doença crónica. Esta incidência de doença crónica pode conduzir a uma incapacidade física, dependência e perda de autonomia. Importa referir que, embora se interliguem, os conceitos de independência e autonomia são distintos. A independência baseia-se na capacidade de a pessoa realizar as suas atividades do

dia a dia, sozinha, sem ser necessária a ajuda de terceiros. Por outro lado, autonomia é definida como a capacidade da pessoa para controlar a sua vida e tomar as suas decisões (Nascimento, 2013).

Envelhecer com QV, saúde e bem-estar representa hoje um grande desafio. À medida que se atingem idades mais avançadas, a maior carga de morbilidade e incapacidades atribuídas a doenças crónicas, traduz-se numa maior necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação (ER), no sentido de minimizar os défices funcionais decorrentes das mesmas (Faria et al., 2020).

Os idosos referem que apresentam uma boa QV quando se sentem bem consigo próprios, quando conseguem realizar os seus autocuidados e se sentem independentes. Para que se adquira uma boa QV no envelhecimento, é necessária a ausência de doenças, o empenho pela vida e pela competência física, mental e social (Praça, 2012). Em suma, a manutenção da capacidade funcional contribui para a QV dos idosos.

O indicador de “anos de vida saudável” conjuga a morbilidade com a mortalidade, utilizando para isso dados sobre a esperança média de vida e a existência de limitações na realização de atividades básicas de vida diária (AVD’s), causadas por problemas de saúde. A estimativa de anos de vida saudável à nascença é, em 2020, de 58,7 anos para as mulheres e de 60,8 anos para os homens (Gráfico 2) (Instituto Nacional de Estatística, 2023a).

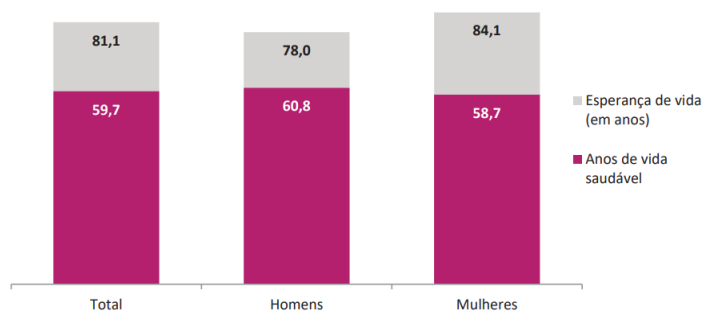


Gráfico 2: Esperança de vida e Anos de vida saudável à nascença por sexo, Portugal, 2020. Fonte: Instituto Nacional de Estatística (2023a, p. 20)

Com o passar dos anos, o processo de envelhecimento biológico condiciona não só transformações físicas no corpo, mas também torna os indivíduos mais vulneráveis face à doença. Esta vulnerabilidade diz respeito ao estado em que a pessoa, por alguma razão, é incapaz de aproveitar as oportunidades disponíveis em diferentes dimensões, a fim de otimizar o seu bem-estar e prevenir o seu declínio (Barbosa & Fernandes, 2020; Sanchini et al., 2022). Envelhecer com saúde, autonomia e independência, em que o utente consegue satisfazer, de forma autónoma, as suas necessidades de vida diárias, caracteriza a capacidade funcional. Quando o nível de dependência é alterado ao ponto de o utente não conseguir realizar as suas atividades de deslocação, autocuidados, participação em atividades ocupacionais e recreativas,

passa para um nível de incapacidade funcional, com uma maior ou menor dependência (Sendão, 2018).

As alterações na funcionalidade podem causar uma diminuição da força muscular, limitações na mobilidade e no equilíbrio, o que provoca um maior risco de quedas. Esta dependência tem implicações para a família, comunidade e até para o sistema de saúde, pois significa que aumenta o número de utentes internados, com uma maior dependência e com diminuição da QV. Garantir a funcionalidade de um idoso é essencial para que o mesmo viva com QV (Sendão, 2018).

É neste contexto que o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) se torna imprescindível, dada a necessidade de intervir na promoção da maximização da funcionalidade dos utentes, potenciando o seu rendimento e desenvolvimento, tanto no contexto de internamento hospitalar, como no domicílio, dado que surgem necessidades de ER também neste contexto pois, face à prevalência de doenças crónicas, assiste-se a um maior número de pessoas dependentes para a realização dos autocuidados e, pela realidade social e económica presente no nosso país, são muitas as pessoas dependentes que permanecem no seu domicílio, sendo fundamental o papel do EEER, dado que intervém junto dos utentes e dos seus familiares, facilitando o processo de dependência funcional no domicílio. Os cuidados de ER assentam nos ensinamentos, treinos, supervisão, suporte e referência para os demais apoios da comunidade.

Dado que a realização do Projeto implica aquisição, mobilização e otimização de conhecimentos, o contexto apresentado foi significativo na escolha dos locais de realização do Estágio Final.

3. ANÁLISE DO ENVOLVIMENTO

Neste capítulo será realizada uma descrição global da população-alvo e dos locais onde decorram os estágios e onde se desenvolveram as competências de EEER e de Mestre. O desenvolvimento destas e a realização dos estágios decorreu em três locais distintos.

O primeiro estágio foi realizado num serviço de ortopedia de um hospital do Alentejo, durante seis semanas, adquirindo competências na área músculo-esquelética. O estágio no serviço de ortopedia, de componente formativa, teve como foco a prestação de cuidados a utentes com necessidades de cuidados na área ortopédica. A população internada neste serviço tem maioritariamente lesões decorrentes de osteoartrose ou eventos traumáticos, muitas vezes com necessidade de intervenção cirúrgica. A seleção deste local de estágio prendeu-se com a visibilidade dos cuidados prestados e a organização do serviço no que respeita a estruturação dos cuidados de ER. Efetivamente, o EEER desempenha um papel ativo na equipa multidisciplinar, através dos planos de ER, atuando ao nível dos ensinos, instrução e treino, no sentido de ajudar o utente na recuperação da sua independência funcional e readaptação social, preparando-o para a alta e o regresso ao domicílio (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, 2019).

O estágio final foi realizado em dois contextos diferentes: um serviço de Medicina Interna, num centro hospitalar, inserido numa cidade com um total de 246 786 habitantes (Centro Hospitalar de Setúbal - E.P.E., 2022) e o segundo local, num Centro de Saúde, que integra a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), e que disponibiliza cuidados na área geográfica de um concelho com 10 freguesias, com um total de 17 437 habitantes (Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central, 2018).

É transversal em ambos os serviços a prestação de cuidados a pessoas idosas, com múltiplas morbilidades, apesar de conseguirmos verificar que a população da cidade da UCC é tendencialmente mais envelhecida, quando comparada com a população da cidade onde se encontra o serviço de medicina, tal como mostra o Gráfico 3.

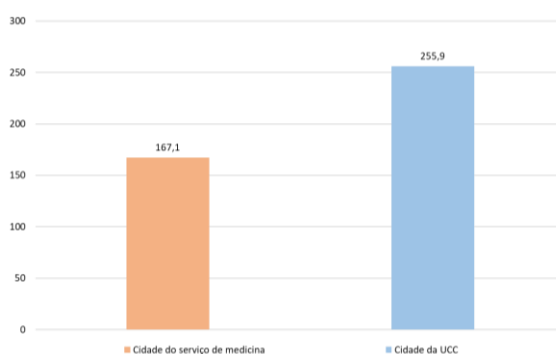


Gráfico 3: Índice de Envelhecimento. Fonte: PORDATA (2022)

O índice de envelhecimento indica, e tendo em conta a análise do Gráfico 3, que por cada 100 jovens, existem 167,1 idosos na cidade do serviço de medicina, e 255,9 idosos no local da UCC. O aumento do índice de envelhecimento culmina num aumento das incapacidades funcionais que limitam a autonomia e a independência das pessoas, espelhando-se na diminuição da QV e num aumento da necessidade da presença de um EEER não só em contexto hospitalar, mas também em contexto comunitário, para responder às necessidades de uma população mais envelhecida, suscetível de adquirir limitações funcionais e sociais.

Com uma lotação de 37 camas, o serviço onde se realizou o Estágio em Reabilitação, é um serviço que conta com seis EEER, que prestam cuidados da área de especialidade apenas no turno da manhã, em articulação com tarefas da área da gestão. Foi também neste estágio que ocorreu o primeiro contacto com os instrumentos de avaliação de ER e onde foi realizado o primeiro estudo de caso, na perspetiva do desenvolvimento de competências.

Neste contexto, o papel dos EEER inicia-se, se for o caso de intervenção cirúrgica, com os ensinamentos pré-operatórios. No pós-cirurgia, o EEER atua precocemente, iniciando logo as intervenções de ER, com um impacto positivo nos ganhos em saúde. Para o processo de reabilitação, no serviço, existem produtos de apoio disponíveis, como espelho quadriculado, gelo para crioterapia, halteres, triângulos de abdução, equipamento para realização de exercícios isocinéticos, auxiliares de marcha, faixas elásticas, bolas para reeducação motora, pedaleira, inspirómetro de incentivo, e um espaço de ginásio (que é pouco utilizado considerando as limitações de capacidade funcional dos utentes).

O serviço, de corredores amplos, conta com marcas no chão, a cada cinco metros, o que permite realizar treino de marcha sem problemas de acessibilidade, e auxilia a contabilizar os metros percorridos, permitindo a fácil realização de registos e a avaliação da progressão dos utentes. Em relação a obstáculos, identifiquei as reduzidas dimensões das casas-de-banho, que são uma condicionante à mobilidade e acessibilidade dos utentes, dificultando o treino dos autocuidados e constituem-se um fator potenciador do risco de queda dos utentes.

A capacitação dos utentes no período pós-operatório contribui para o processo de recuperação, com enfoque nos resultados a conquistar e na otimização do potencial de recuperação, atendendo às preocupações, objetivos e necessidades de cada utente (Dias et al., 2021). Assim sendo, a implementação de um programa de ER no serviço de ortopedia é fundamental para restabelecer a capacidade funcionalidade dos utentes, na medida em que contribui para a ausência de complicações a nível motor, para a realização das AVD's e para o conhecimento de estratégias adaptativas e de segurança (Palma et al., 2021).

Neste serviço, é possível identificar, num curto intervalo de tempo, as transições vividas pelos utentes na nova fase de doença, relacionada com a dor e perda de capacidade funcional, passando para uma fase pós-cirúrgica, com necessidade de aquisição de novas capacidades, até à fase do momento de alta, com uma melhoria na capacidade funcional e maior independência na realização das AVD's, verificando-se, assim, a forma como o referencial teórico de Afaf Meleis está presente.

O primeiro contexto do Estágio Final foi num Serviço de Medicina Interna, que se encontra dividido em duas unidades de internamento, uma Unidade de Cuidados Intermédios, um Hospital de Dia e uma Unidade de Hospitalização Domiciliária, e conta com três EEER, não só na prestação de cuidados de ER, mas também com funções na gestão do serviço. Os diagnósticos médicos mais frequentes neste serviço são a insuficiência cardíaca, as doenças cerebrovasculares, diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, infeção urinária, doença renal crónica, pneumonia, doença pulmonar obstrutiva crónica e doença hepática crónica. Em relação à demografia, verifica-se que os utentes das classes etárias mais elevadas representam a grande maioria dos utentes internados no serviço de medicina interna, como podemos observar nos gráficos que se seguem (Gráficos 4 e 5).

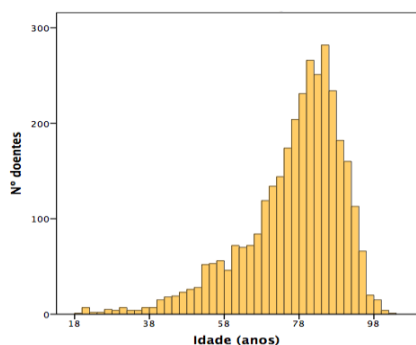


Gráfico 4: Distribuição etária dos doentes internados num serviço de Medicina Interna. Fonte: Carvalho et al. (2016 p.17)

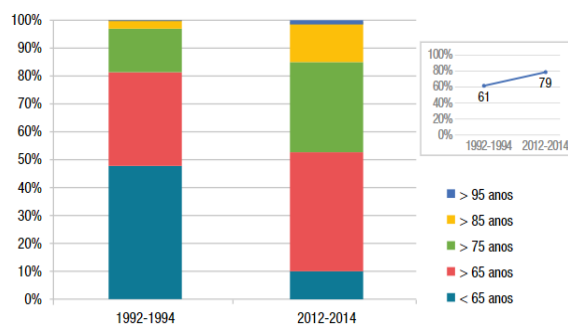


Gráfico 5: Distribuição dos doentes por faixa etária com ênfase na diferença da mediana das idades em cada grupo (1992-1994 e 2012-2014). Fonte: Temido et al. (2018 p.277)

Os utentes internados nos serviços de medicina interna apresentam, atualmente, uma média de idades de 79 anos, sendo que há cerca de 30 anos, os utentes apresentavam uma média de idades de 61 anos. Dado que este aumento da média de idades é acompanhado de um aumento de pessoas com doenças crónicas, torna-se imprescindível o trabalho dos EEER nos serviços de medicina interna, com o objetivo de manterem e promoverem o bem-estar, a QV, a recuperação da funcionalidade e a maximização das capacidades em contexto de internamento, para minimizar as consequências do envelhecimento, o tempo de internamento e a hospitalização recorrente (Venâncio, 2023).

Existem vários materiais disponíveis para a realização dos cuidados de ER, nomeadamente de reeducação funcional motora, respiratória ou sensorial, como sendo o bastão, o inspirómetro de volume, bola suíça, superfície de apoio a cadeira-de-rodas, almofadas de gel, halteres, sacos de areia de meio e um quilograma, um espelho quadriculado, auxiliares de marcha (andarilhos, canadianas, tripé), cadeira-de-rodas, cadeira-de-banho, elevador para transferências, calçadeira, bandas elásticas de diferentes tensões, jogos para coordenação motora e treino da sensibilidade (com diferentes texturas), kit de avaliação dos pares cranianos, entre outros.

Durante este Estágio verificou-se o predomínio de internamentos de pessoas idosas com um elevado grau de dependência funcional, onde foi possível conceber e aplicar o plano de ER, com o objetivo de capacitar o utente a nível cardiorrespiratório e motor na maximização da sua independência, pelo que foram realizadas intervenções de ER a utentes cujos os principais diagnósticos de enfermagem identificados foram: ventilação comprometida; dispneia funcional presente; expetorar ineficaz; limpeza das vias aéreas ineficaz; tossir ineficaz; andar comprometido; comunicação comprometida; equilíbrio corporal comprometido; autocuidado transferir-se, posicionar-se, higiene e conforto, levantar-se comprometidos; movimento muscular diminuído. Neste estágio foi desenvolvido, em colaboração com o enfermeiro orientador, um poster (Apêndice I) cujo objetivo é o de alertar os familiares que visitam os utentes naquele serviço, para os sinais e sintomas do Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Por fim, o último contexto de estágio deu-se numa UCC, Unidade Funcional do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Alentejo Central e desde 2024, parte integrante de Unidade Local de Saúde, que atua na comunidade e presta cuidados de saúde a indivíduos, famílias ou grupos com necessidades específicas, através de intervenções tanto em contexto domiciliário, como na comunidade, ao nível da prevenção, promoção e proteção da saúde, dando resposta à população onde está inserida (Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central, 2018).

Esta UCC inclui vários programas e projetos, tendo participado no âmbito da saúde escolar, e no Programa de Cuidados Continuados Integrados - Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), que intervém na comunidade, promove o desenvolvimento dos seus profissionais e a formação contínua (Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central, 2018). A equipa multidisciplinar é composta por uma EEER, e também por uma fisioterapeuta, assistente técnica, uma assistente operacional e, em tempo parcial, uma técnica de serviço social, um psicólogo e uma nutricionista.

No que diz respeito à população abrangida pelos cuidados da UCC, verificamos, através dos Gráficos 6 e 7, que a mesma dá resposta a utentes de todas as faixas etárias, sendo que

50,58% dos utentes abrangidos são idosos e 69.94% dos utentes apresentam-se totalmente dependentes para a realização dos autocuidados.

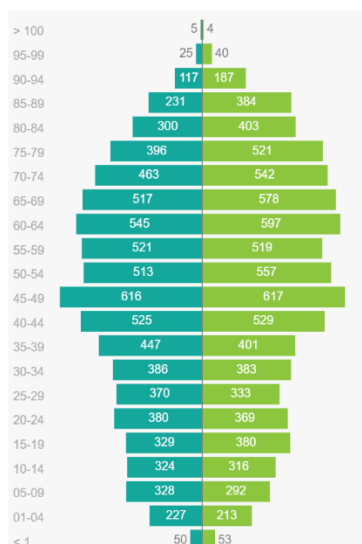


Gráfico 6: Pirâmide Etária dos Utentes Abrangidos. Fonte: Serviço Nacional de Saúde (2023)



Gráfico 7: Índice de Dependência dos Utentes Abrangidos pela UCC. Fonte: Serviço Nacional de Saúde (2023)

Durante o período de estágio, tive a oportunidade de participar no Programa Nacional de Saúde Escolar, cujo objetivo foi promover o aumento de literacia em saúde das crianças e jovens, e onde se desenvolveram sessões de educação postural na escola (Apêndice II), para informar acerca do impacto nefasto a longo prazo da utilização das mochilas de forma desajustada e com excesso de peso (Cunha, 2023). Na ECCI, que conta com 20 vagas, foram prestados cuidados a utentes dependentes e seus cuidadores, no âmbito da reabilitação, para prevenir complicações e evitar incapacidades, realizando intervenções terapêuticas que visaram melhorar a capacidade funcional dos utentes e, conseqüentemente, a QV dos mesmos e dos seus cuidadores. Daqui resultou a elaboração de um folheto personalizado, a distribuir por cada utente, de forma a promover a sua autonomia na realização do plano de ER individualizado (Apêndice III).

4. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A prática de ER com base em referenciais teóricos permite uma ação mais sistematizada e intencional, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelos EEER, e assim uma atuação mais eficiente e efetiva. Insere-se, portanto, nas diferentes fases do processo de Enfermagem, destacando-se a recolha de dados relevantes, a identificação de diagnósticos e a definição de objetivos, a concretização de intervenções e a definição de resultados. Assim sendo, a implementação do processo de enfermagem deve incluir pelo menos uma teoria de enfermagem, para facilitar o processo de identificação e descrição do modo como os utentes e a sociedade respondem aos problemas identificados e quais os aspetos que requerem a intervenção do EEER (Ribeiro, Moura, et al., 2021). Posto isto, e de forma a sustentar a avaliação dos utentes e implementar um plano de ER, foi utilizado o Modelo de Roper e o referencial teórico de Afaf Meleis.

4.1. Modelo de Enfermagem Baseado na Teoria das Atividades de Vida Diária

O modelo inicial de Nancy Roper foi reformulado, em 1980, juntamente com Winifred Logan e Alison Tierney, e insere-se na Escola de Pensamento das Necessidades Humanas Básicas, contida no Paradigma da Integração e centrada na Pessoa (definida como um sistema aberto, que está em permanente interação com o meio que a rodeia), num contínuo de crescimento e evolução, desde a conceção até à morte, e conta com um conjunto de necessidades para a manutenção da saúde (Fonseca et al., 2017).

Nancy Roper, quando iniciou o seu projeto de investigação, partiu do pressuposto que os utentes recuperam a sua saúde, pelo que propôs um modelo baseado no modelo de vida, com base em graus de dependência, e o papel do enfermeiro centra-se na prevenção de problemas potenciais, na resolução de problemas reais, na prevenção do surgimento de novos problemas e no lutar positivamente pelos problemas que não se podem resolver (Almeida, 2011).

Para Nancy Roper, a enfermagem tem como função ajudar cada indivíduo a evitar, resolver, aliviar ou enfrentar os problemas relacionados com as AVD's. Quando o indivíduo não consegue ser independente na realização destas, o enfermeiro existe para o ajudar ou, caso seja necessário, substituir, na sua realização, com o objetivo de o tornar independente novamente o mais rapidamente possível.

No Modelo de Enfermagem Baseado nas Atividades da Vida Diária, são identificadas 12 atividades de vida, que se interligam num contínuo de dependência/independência ao longo da vida. As fases de vida instigam o comportamento individual em cada AVD, isto é, o modo

como são desempenhadas estas atividades, relaciona-se com a idade em que se encontra o indivíduo, influenciando esta o grau de dependência/independência na execução de certas tarefas. A compreensão de tal é fundamental para que os cuidados sejam adequados e eficazes (Bezerra et al., 2009).

Neste modelo, importa clarificar que as AVD's são as atividades que os utentes conseguem realizar de forma autónoma e rotineira, e são divididas em atividades básicas e atividades instrumentais. As primeiras referem-se às funções do corpo e ao desempenho de tarefas, e estão ligadas ao autocuidado e à participação para a sua execução. As atividades instrumentais de vida diária (AIVD's) dizem respeito à capacidade de cada um gerir o ambiente onde está inserido, e abrangem a participação social, o fazer compras, utilizar o telefone ou meios de transporte, e são atividades estão impreterivelmente associadas à QV dos utentes (Pinto et al., 2016). As AVD's identificadas são as seguintes: manter um ambiente seguro, comunicar, respirar, comer e beber, eliminar, higiene pessoal e vestir-se, controlar a temperatura corporal, mobilizar-se, trabalhar e distrair-se, exprimir a sexualidade, dormir e morrer.

Surge assim a importância da utilização do processo de enfermagem, isto é, um método de raciocínio e que é utilizado em conjunto com um modelo de enfermagem, e que envolve as quatro fases: a apreciação inicial do utente, o planeamento dos cuidados de enfermagem, a sua implementação, e por fim a avaliação dos resultados (Fonseca et al., 2017). É um processo fundamental para a avaliação e atualização do plano de cuidados, que deve ir sendo adaptado consoante os ganhos (ou perdas) do utente na independência funcional.

Utilizando este modelo teórico, e para sustentar as ações de ER realizadas, é necessário realizar uma recolha de dados que identifique as diferenças entre o padrão habitual do utente (no domicílio) e o padrão atual. É a partir da comparação destas diferenças que se verificam os problemas identificados, os potenciais problemas, e se faz o levantamento das intervenções de enfermagem a realizar, através de uma linguagem comum (Fonseca et al., 2017).

O ambiente em que o utente se insere e o aparecimento de patologias que afetam o dia-a-dia, limitam a capacidade funcional da pessoa. De acordo com este modelo, os fatores que influenciam as AVD's são de carácter físico, psicológico, sociocultural, ambiental e político-económico, e cabe ao EEER desenvolver atividades que auxiliem a pessoa com dependência funcional a executar de forma segura as suas AVD's, através da avaliação dos fatores anteriormente descritos. É ainda um modelo que, ao utilizar o processo de enfermagem, oferece uma estrutura que permite planear intervenções individualizadas, relacionadas com as AVD's, e que permite ao EEER perceber qual o seu campo de ação relativamente à manutenção, ensino e promoção da saúde (Figura 1) (Loureiro, 2020).



Figura 1: Diagrama do modelo de vida. Fonte: Alligood & Tomey, (2004, p. 412)

4.2. Referencial Teórico de Afaf Meleis

O referencial teórico de Afaf Meleis resulta da observação da forma como cada pessoa enfrenta e lida com situações de mudança e de alterações da condição de vida. Assim, surgiu o conceito de “transição” que é definido como uma passagem de uma fase de vida, condição ou estado, para outro. Diz respeito ao resultado da interação entre a pessoa e o ambiente, e implica, por parte do indivíduo, uma adaptação a um evento de mudança, de forma a incorporá-lo. Meleis denomina como “terapêutica de enfermagem” a abordagem aos potenciais problemas e dificuldades encontrados pelos intervenientes no processo de transição (Silva et al., 2019).

Esta teoria tenta descrever a interação entre o enfermeiro e o utente, sendo que o primeiro se preocupa com as experiências transitórias vividas pelo segundo, constituindo-se a meta das terapêuticas de enfermagem, a saúde o bem-estar. Na perspectiva desta teoria, um acontecimento no utente ou na sua família é, por si só, um fator suscitador de mudança, e implica um processo de transição. A Enfermagem está relacionada com as experiências de transição e o desafio para os enfermeiros é entender esses processos e desenvolver terapêuticas que ajudem os utentes a recuperar a estabilidade e o bem-estar.

Meleis classifica as transições em quatro tipos: transições de desenvolvimento, situacionais, de saúde/doença e, por fim, organizacionais. As transições de desenvolvimento estão relacionadas com mudanças que ocorrem ao longo do ciclo de vida; as transições situacionais estão associadas a alterações de papéis previamente desempenhados; as transições de saúde/doença correlacionam-se com mudanças de um estado saudável para um estado de doença; as transições organizacionais referem-se a mudanças ambientais, sociais, políticas, económicas e intraorganizacionais. Caracterizadas como complexas e multidimensionais, as transições possuem diversas propriedades e encontram-se inter-relacionadas, dado que algumas propriedades interferem direta ou indiretamente nos processos de transição, nomeadamente a

consciencialização, o envolvimento, a mudança e a diferença, o espaço temporal e os eventos e pontos críticos (Ribeiro, Moura, et al., 2021).

Ainda de acordo com este referencial teórico, o enfermeiro deve considerar que existem fatores facilitadores e inibidores do processo de transição. Nestes fatores incluem-se as condições pessoais, comunitárias e sociais. Uma transição saudável é determinada ainda pelos padrões de resposta ao longo do processo (sentir-se ligado, em interação e a desenvolver confiança) e os indicadores de resultado (reformulação da nova identidade) (Figura 2).

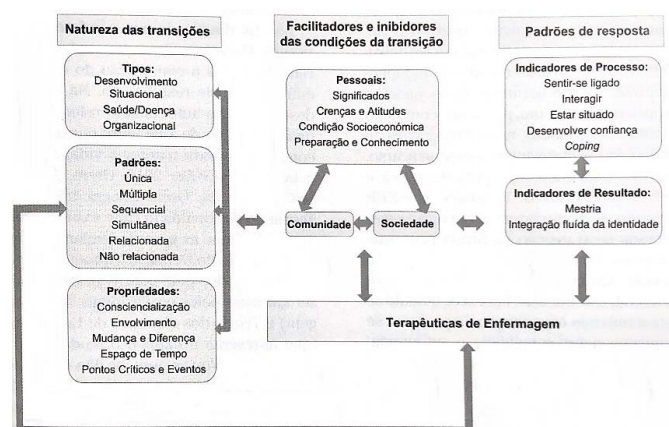


Figura 2: Referencial teórico de Afaf Meleis. Fonte: Ribeiro et al., (2021, p. 51)

O centro dos cuidados de ER é a pessoa ao longo do ciclo de vida, onde o papel do EEER é prevenir a doença e promover o processo de readaptação. Independentemente da transição vivenciada, o EEER deve dar atenção ao modo como o utente e a família/cuidador vivem a nova condição de saúde física, mental, social e económica, isto é, da forma como esta dá de se consciencializa acerca da mudança e transição de uma situação de independência para a dependência funcional. Quando o utente se depara com uma transição da independência na realização das AVD's, para uma dependência, o EEER deve intervir precocemente, pois só quando o utente estiver consciente das mudanças físicas, emocionais e sociais, existirá o seu envolvimento. O papel do EEER passa por procurar nos utentes padrões de resposta adequados, quer a nível do processo (sentir-se situado e a desenvolver confiança), quer a nível do resultado (reformulação da nova identidade), para que exista uma transição com sucesso (Ribeiro, Moura, et al., 2021).

O processo de transição dos cuidados do ambiente hospitalar para o domicílio implica a participação do utente, dos seus familiares e cuidadores, e dos profissionais que prestam cuidados. O plano de cuidados deve contemplar fatores que facilitem o processo de transição, deve ter em atenção a família e/ou o cuidador, de forma a encontrar recursos e implementar estratégias e intervenções direcionadas às novas necessidades específicas, para que exista uma transição saudável (Silva et al., 2019). A família deve ser vista como a entidade natural que desempenha o papel de cuidador, de modo a garantir o suporte social indispensável à reinserção

do utente, tornando-se um parceiro dos enfermeiros, pelo que deve ser incluída nos programas de ER (Menoita, 2012).

Segundo a teoria de Meleis, a passagem à terceira idade constitui-se uma transição do desenvolvimento, pelo que é necessário passar-se por um processo de adaptação à nova fase do ciclo vital. Para que se minimizem as consequências negativas associadas a este processo de transição, é necessária uma intervenção precoce por parte do EEER, dado que é uma fase que torna o utente mais vulnerável. Posto isto, intervenções que visem a educação, a manutenção da capacidade funcional e a prevenção de incapacidades, fazem parte do papel do EEER, de forma a contribuir para um aumento da QV do utente e da sua família (Cardoso, 2016).

Uma alteração na vida das pessoas, requer um período compensatório, para que exista uma adaptação à mudança. Considerando a intervenção do EEER na capacitação da pessoa com limitações, bem como os locais de realização do Estágio Final, dado que existe um processo de transição do meio hospitalar, para casa, é necessário que o EEER desenvolva com o utente e família/cuidador, estratégias de coping no processo de saúde-doença e adoção de novos papéis, dadas as incapacidades funcionais agora presentes, sempre com o pressuposto de tornar o utente mais autónomo para a realização dos seus autocuidados.

As pessoas sentem-se mais vulneráveis perante situações de perda de continuidade, existentes quando se deslocam entre várias organizações. Para que haja uma transição saudável entre os cuidados prestados entre o Hospital e a UCC, resultando em ganhos em saúde, é necessária a aquisição de conhecimentos e alterações de comportamentos, com vista a atingir o grau de capacidade funcional prévio à hospitalização, aquisição essa que deve ser tanto por parte dos utentes, como por parte dos cuidadores, pois a transição do local de cuidados implica o envolvimento no processo de cuidar por parte do familiar, que desempenha um novo papel no ceio familiar. O conhecimento do processo de transição permite o envolvimento e valorização das pessoas (utentes e familiares) e o ser cuidado em casa contribui para um aumento nos níveis de satisfação com o serviço prestado, dado que permite manter o conforto e QV, mesmo nas situações de maior incapacidade funcional, pois existe uma individualidade no cuidar e na humanização dos cuidados, potenciando os recursos dos serviços comunitários, e cabe aos EEER da UCC intervir de forma a desenvolver nos utentes e familiares o empoderamento, capacitando-os para os constrangimentos do dia-a-dia (Pinto, 2023).

4.3. Funcionalidade e Qualidade de Vida

As condições de vida e de saúde melhoraram de forma geral na maioria dos países, pelos progressos políticos, económicos, sociais, ambientais, e devido aos avanços na saúde pública e

na medicina. Dada a tendência demográfica da população portuguesa, com um aumento da longevidade e da diminuição da natalidade, torna-se necessário adequar os cuidados prestados ao longo do ciclo vital (Pires et al., 2019).

O envelhecimento consiste num processo de mudança progressiva, inerente ao ciclo de vida, com alterações biológicas, psicológicas e sociais. Deve ser vivido de forma saudável, num maior espaço de tempo possível e, para isso, é necessário um envolvimento pessoal, pois cabe a cada um encarar que se trata de uma fase com transições, e que a QV é amplamente influenciada pela aptidão de cada pessoa em manter a sua autonomia e independência (Azevedo, 2015).

O grupo de pesquisa da QV da Organização Mundial de Saúde (*World Health Organization Quality of Life – WHOQOL*) define a QV como um conceito abrangente, que envolve a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e outras características envolvidas no meio que rodeia cada um, incluindo metas, expectativas e preocupações (Ferreira et al., 2018).

O conceito de QV é complexo e abstrato, representando um significado individual, de resposta a fatores físicos, mentais e sociais, que acompanham o dia-a-dia de cada um. É um conceito que compreende diferentes áreas, que em conjunto formam um todo, composto por satisfação pessoal, autoestima, desempenho, experiência e conhecimento, situação económica, saúde e estado emocional. É uma conceção individual da posição de cada um na vida, no contexto e na cultura onde está inserido (Serafim, 2007). Como tal, a QV é composta por um significado mais amplo e outro mais relacionado com a saúde, que inclui o impacto da doença e dependência funcional no viver de cada um.

A QV relacionada à saúde é um estado subjetivo de saúde, centrado na avaliação particular de cada pessoa, mas diretamente relacionada com o impacto de cada utente viver de forma plena, ou seja, é avaliada a forma como uma doença afeta ou limita o bem-estar. Relaciona-se com o valor que cada um dá à vida, ponderando os danos funcionais, as perceções e condições sociais que são induzidas pela doença e pelos tratamentos, e do impacto psicológico e económico, sobretudo das doenças crónicas (Praça, 2012). Para os idosos, uma QV relacionada à saúde consiste na capacidade de realizar as suas AVD's adequadamente, de se sentir com bem-estar e viver de forma independente. A avaliação da funcionalidade é um dos principais indicadores, dado que o desempenho dos autocuidados pode contribuir de forma positiva ou negativa para a perceção de QV relacionada à saúde (Vasconcelos et al., 2020). O Gráfico 8 revela-nos que são sobretudo os homens com mais de 65 anos de idade que referem uma

avaliação mais negativa do estado de saúde, sendo esta avaliação mais positiva nas pessoas dos 16 aos 64 anos (Instituto Nacional de Estatística, 2023a).

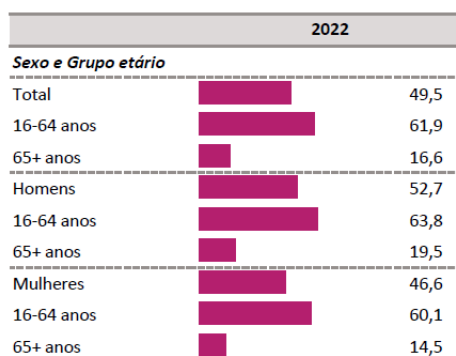


Gráfico 8: Proporção da população que avalia o seu estado de saúde como bom ou muito bom por sexo e grupo etário, em Portugal, no ano de 2022. Fonte: adaptado de Instituto Nacional de Estatística (2023a)

A capacidade funcional encontra-se fortemente relacionada com a perceção de QV dos idosos, dado que as limitações funcionais interferem na mobilidade, na socialização e na autonomia, o que demonstra a necessidade de programas de ER que promovam ou melhorem a boa funcionalidade junto dos idosos (Ferreira et al., 2018). Após a identificação dos fatores de risco relacionados com incapacidades e dependência funcional, através de instrumentos, promove-se a saúde e retarda-se a dependência funcional, melhorando a QV (Esteve-Clavero et al., 2018).

Quando se associam as vulnerabilidades dos idosos ao repouso prolongado, numa cama de hospital, surgem inúmeras complicações. Um internamento prolongado pode, somando todas estas complicações inerentes, estar associado a uma baixa QV e à redução da capacidade funcional. De frisar que as limitações que advêm de um período de internamento hospitalar, na questão da capacidade funcional, podem não ser temporárias e será expectável que afetem o dia-a-dia dos utentes (Miranda et al., 2019).

A autonomia e a independência diminuem progressivamente com o envelhecimento, sendo que estes dois conceitos são indicadores de saúde e de QV para os idosos, pois se os mesmos se mantiverem autónomos e independentes, terão menos dificuldades para a realização das AVD's e serão menos dependentes no seu ceio familiar (Coito, 2018). É essencial salientar as distinções entre autonomia, dependência e independência. A autonomia está relacionada com a capacidade de tomar decisões e agir por si só. Dependência refere-se ao facto de a pessoa ser incapaz de existir de forma satisfatória sem ajuda. Já o conceito de independência refere-se à capacidade de realizar tarefas sem auxílio, de forma a satisfazer as suas próprias necessidades (Oliveira, 2023).

5. METODOLOGIA

A promoção do conhecimento é fundamental para assegurar a inovação dos modelos de prestação de cuidados, fazendo evoluir a prática clínica de acordo com a mais recente evidência científica e com base nas necessidades de saúde da população a quem presta cuidados (Nunes, 2021). A metodologia utilizada foi a de estudo de casos múltiplos.

Um estudo de caso é uma abordagem metodológica de investigação, cujo objetivo é compreender, explorar ou descrever acontecimentos, de forma aprofundada, numa perspetiva holística. O estudo de caso orienta-se pelas etapas de recolha de dados, análise e interpretação da informação recolhida, proveniente de diversas fontes (entrevista, observação, consulta de documentos) (Figueiredo & Amendoeira, 2018). Os mesmos incidem sobretudo no estabelecimento de semelhanças entre situações, e a partir daí, generaliza-se de um caso para o outro. Os dados são obtidos através da observação pessoal, pelo que é um método mais orientado para a compreensão de um fenómeno, adequada para se estudarem indivíduos, grupos, organizações ou comunidades (Figueiredo & Amendoeira, 2018; Vilelas, 2022).

Tal como referido anteriormente, os cuidados de ER serão contextualizados pelo referencial teórico de Afaf Meleis, seguindo a estrutura e as etapas do processo de enfermagem, com a avaliação diagnóstica (fundamentada segundo o Modelo de Enfermagem Baseado na Teoria das Atividades de Vida Diária de Nancy Roper), o planeamento, a intervenção e a avaliação dos resultados. O processo de enfermagem é a base científica que dá sustentação às ações dos enfermeiros, sendo uma forma ordenada e sistemática para o agir dos mesmos, dado que é um processo dinâmico, que permite a atualização dos cuidados à medida que se alteram as necessidades dos utentes. É constituído por etapas interdependentes e complementares, que resultam em intervenções. São estas etapas a apreciação inicial, o diagnóstico de enfermagem, o planeamento, a implementação e a avaliação (Almeida, 2011).

Para a realização da apreciação inicial, foi efetuada uma recolha de dados, onde se verificaram os conhecimentos e capacidades de cada utente, sempre que possível em conjunto com o familiar, sendo realizadas novas avaliações sensivelmente a meio do período de internamento e logo antes da alta. Esta etapa está orientada para recolher dados que permitam inferir os diagnósticos de enfermagem e é desenvolvida com base em instrumentos de avaliação, traduzidos para português e validados para a população portuguesa e permitem ao investigador conhecer os fenómenos e extrair informações (Ribeiro et al., 2018; Vilelas, 2022). A utilização de instrumentos de avaliação permite quantificar e evidenciar os ganhos obtidos e a continuidade e melhoria dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Posto isto, foram aplicados os instrumentos de medida selecionados, que incluem:

- A Escala de Medida de Independência Funcional (MIF) (Anexo I) que pretende diagnosticar o grau de capacidade funcional, através da avaliação do desempenho do utente para realizar uma série de tarefas motoras e cognitivas do quotidiano. O total é de 126 pontos, que indica uma independência total, e o mínimo é de 18 pontos, que indica uma dependência total. Valores entre 19 e 60 pontos indicam uma dependência modificada com assistência até 50% da tarefa, um *score* entre 61 e 103 refere-se a uma dependência modificada, com assistência até 25% da tarefa e, por fim, valores superiores a 104 referem-se a uma independência completa (Ordem dos Enfermeiros, 2016).
- Para fazer uma breve avaliação da QV dos utentes, será utilizado o EQ-5D-3L (Anexo II), que se trata de um instrumento genérico de medição da QV relacionada à saúde, que engloba a mobilidade, os cuidados pessoais, as atividades habituais, a dor/desconforto e a ansiedade/depressão, com três níveis de resposta (em que três significa a pior avaliação e um a melhor), e uma escala visual analógica (EQ-VAS), que vai do zero ao 100 (sendo zero a pior saúde que possa imaginar e 100 a melhor), e que permite ao utente localizar o seu estado de saúde geral (Ferreira et al., 2013).
- O Índice de Tinetti (Anexo III) não requer equipamento sofisticado e é utilizado para avaliar o equilíbrio estático e dinâmico e detetar alterações durante a marcha, dado que classifica aspetos da mesma, como a velocidade, a distância do passo, a simetria e o equilíbrio em pé, o girar, entre outras. É uma escala composta por 16 itens, em que nove destes são para o equilíbrio do corpo, e sete para a avaliação da marcha. A utilização desta escala permite a identificação de componentes da mobilidade que afetem a locomoção, diagnostica a gravidade do comprometimento e prediz o risco de quedas. Uma contagem mais baixa indica um maior comprometimento da habilidade física (Apóstolo, 2012).
- A *Medical Research Council Muscle Scale* (Anexo IV) é uma escala cujo objetivo é o de avaliação da força muscular, graduando a força dos principais agrupamentos musculares e identificando o grau de fraqueza muscular. A graduação faz-se tendo em conta o máximo esperado para aquele músculo, através de resistência à mobilização ativa (Ordem dos Enfermeiros, 2016).
- A Dor (Anexo V) é um sintoma que acompanha a generalidade das situações patológicas. A avaliação da sua intensidade tem de ser contínua e regular, de forma a otimizar a terapêutica e melhorar a QV do utente. Para isso, recorre-se, neste caso, à

escala numérica, que se encontra graduada de zero a 10, sendo que zero corresponde a “sem dor” e 10 corresponde a uma classificação de “dor máxima” (Direção-Geral da Saúde, 2003).

A etapa do diagnóstico de enfermagem dá significado aos dados previamente colhidos. É o juízo clínico acerca dos problemas (reais ou potenciais) dos indivíduos, familiares ou da comunidade, e a partir dos quais são selecionadas as intervenções de enfermagem para se atingirem os resultados pretendidos, através do desenvolvimento de um plano individual de cuidados (Potter & Perry, 2006).

A etapa seguinte, a do planeamento, é onde é realizado e implementado o plano de intervenção de ER. É a componente do processo de enfermagem onde se fixam os objetivos centrados no utente e se programam as intervenções (Potter & Perry, 2006). Este plano de cuidados deve sofrer uma avaliação contínua, para monitorizar a eficácia das intervenções e ajuste das mesmas, para que sejam alcançados os objetivos desejados (Almeida, 2011). O mesmo será validado e executado sob supervisão direta dos EEER. Em apêndice encontra-se um plano de intervenções que pode ser personalizado, consoante as necessidades identificadas no indivíduo (Apêndice IV).

A fase da implementação define-se pelas ações de enfermagem necessárias para que o utente alcance os seus objetivos de saúde. Inclui ações de execução das AVD's, o auxílio e/ou orientação na sua realização, e conselhos e ensinamentos ao utente e família (Potter & Perry, 2006).

A avaliação final, a última etapa do processo de enfermagem é onde se avaliam os resultados obtidos após a implementação das intervenções planeadas anteriormente. Nesta fase pretende-se determinar se os objetivos estabelecidos foram alcançados e se as intervenções implementadas foram eficazes. A avaliação, apesar de ser a última etapa do processo de enfermagem, está presente no decorrer do processo, na aplicação do plano de enfermagem, dado que é possível rever e adaptar os diagnósticos de ER consoante as necessidades do utente, pois é necessário avaliar-se se o mesmo alcança o nível de bem-estar ou recuperação previstos nos objetivos previamente definidos, e é aqui que se torna evidente se estes e os resultados foram eficazmente estruturados (Almeida, 2011).

Atendendo aos princípios e processo de investigação, os enfermeiros devem salvaguardar os direitos humanos, em toda e qualquer situação. Devem assegurar que os cuidados são prestados com os recursos disponíveis, de acordo com a ética e deontologia, e deve ser garantido que os utentes recebem a informação adequada, com linguagem apropriada, para consentirem na realização tanto de procedimentos, como de programas de investigação (Moreira et al., 2022). O respeito pela dignidade, segurança e bem-estar dos participantes deve estar entre as

considerações principais de qualquer projeto de investigação (Vilelas, 2022). Como tal, são seis os princípios éticos que guiam este projeto: a beneficência (fazer o bem), a avaliação da maleficência (não causar dano, avaliando os riscos possíveis e previsíveis), a fidelidade (estabelecimento de confiança entre o investigador e o sujeito da investigação), a justiça (proceder com equidade), a veracidade (dizer a verdade, informando sobre riscos e benefícios; associa-se ao consentimento livre e esclarecido) e a confidencialidade (que corresponde ao princípio de salvaguardar a informação pessoal do utente ao longo do estudo). O mesmo foi aprovado pela Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre (Anexo VI).

A participação no projeto depreende um consentimento livre e esclarecido dos intervenientes, após lhes ser explicado no que consiste e quais as fases de investigação, bem como as possíveis consequências da participação. Deve ficar claro que o interveniente pode retirar o seu consentimento em qualquer fase do projeto, sem quaisquer consequências para o próprio e que é garantido o anonimato e a confidencialidade (Nunes, 2013). Os dados serão recolhidos através da utilização de um questionário *Google Forms*, que permitirá a comparação de dados antes e após a intervenção do EEER. A participação pedida para a realização de cuidados de ER, sob supervisão, com a finalidade de maximizar/recuperar a capacidade funcional e a consequente participação no projeto, é assegurada com o cumprimento dos princípios da confidencialidade e da proteção de dados recolhidos. A publicação dos resultados preserva o anonimato das fontes e a omissão de referências passíveis de identificação.

A amostra consiste num conjunto de unidades que representa uma população no seu conjunto. A população, por outro lado, é o conjunto de todos os indivíduos nos quais se deseja investigar algumas propriedades, que são comuns, e se encontram num espaço conhecido. Neste caso em concreto, foi utilizada uma amostra por conveniência, isto é, uma amostra que se obtém sem nenhum plano preconcebido, resultando as unidades escolhidas de circunstâncias fortuitas (Vilelas, 2022). A seleção dos participantes deste projeto fez-se com base nos critérios definidos de acordo com o tema de estudo, isto é, participam utentes idosos alvo dos cuidados nos locais onde decorreram os estágios, e que apresentam dependência funcional, com impacto na QV e na realização dos autocuidados, durante o período temporal de 11 de setembro de 2023 a 26 de janeiro de 2024, que receberam cuidados de ER e que, de forma livre e esclarecida, aceitaram participar nas várias etapas do processo, sempre sob a orientação do EEER responsável pelo acompanhamento do Estágio Final. Foram selecionadas seis participantes que cumpriam critérios para o estudo, cujas características serão descritas de seguida.

6. RESULTADOS

Analisar significa decompor um todo em partes constituintes (Vilelas, 2022). Os dados recolhidos foram analisados numa perspetiva de formulação de diagnósticos de enfermagem, para a realização de planos de intervenção de ER. Tendo em conta os instrumentos de avaliação utilizados, os diagnósticos de ER identificados são: o autocuidado comprometido, risco de rigidez articular, o movimento muscular diminuído, equilíbrio corporal diminuído, capacidade para transferir-se/posicionar-se/andar comprometida, dor presente, ventilação comprometida (Gráfico 9).

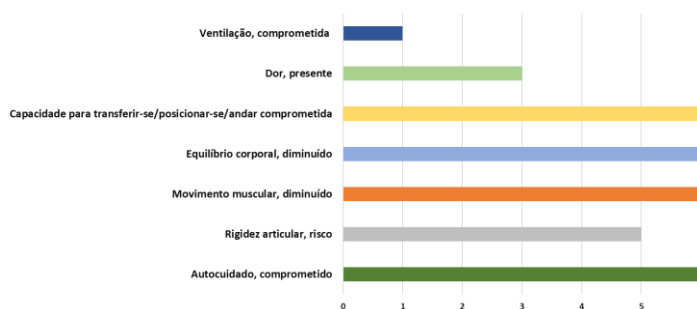


Gráfico 9: Prevalência dos diagnósticos de enfermagem de reabilitação

É agora abordada a caracterização sociodemográfica dos participantes, os resultados das intervenções de ER e a análise dos estudos de caso, com resultados e as respetivas implicações para os ganhos sensíveis à prática de ER. Através dos instrumentos de recolha de dados anteriormente referidos, procedeu-se à comparação dos dados entre a avaliação inicial e a final, para aferir ganhos obtidos com a intervenção de ER. A caracterização sociodemográfica dos participantes apresenta-se na Tabela 1 e inclui dados como o sexo, a idade, o agregado familiar e antecedentes pessoais. Os participantes são designados, respetivamente, de P1 a P6.

Identificação	Sexo	Idade	Ambiente familiar	Antecedentes pessoais relevantes	Motivo de internamento
Participante 1 (P1)	Masculino	69 anos	Reside com a esposa	Hipertensão arterial (HTA)	Lesão Ocupante de Espaço
Participante 2 (P2)	Masculino	71 anos	Reside com a esposa	HTA; Amaurose à esquerda, pós-traumática	AVC isquémico do hemisfério direito
Participante 3 (P3)	Masculino	75 anos	Reside com a esposa	Linfoma não Hodgkin; Diabetes Mellitus; Lesões com colapso vertebral por osteoporose	AVC isquémico do hemisfério direito
Participante 4 (P4)	Feminino	91 anos	Reside com a filha	Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), com uso de aporte de O ₂ no domicílio, a 1L/min/24h, desde 2019; IC; HTA;	Insuficiência Cardíaca Descompensada por PAC + derrame pleural à esquerda +

				Diabetes Mellitus; Fibrilhação auricular	DPOC agudizada
Participante 5 (P5)	Feminino	69 anos	Reside sozinha	HTA; AVC isquémico do hemisfério direito, em 2011, com hemiparesia à esquerda	AVC isquémico do hemisfério direito, com transformação hemorrágica
Participante 6 (P6)	Masculino	69 anos	Reside com a esposa	Diabetes Mellitus; Artrite reumatoide	AVC isquémico da artéria cerebral média esquerda

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica dos participantes

O destino após a alta clínica foi diferente: dois utentes tiveram encaminhamento para a RNCCI (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados) (ambos na vertente de unidade de média duração e reabilitação) e os restantes utentes tiveram alta para o domicílio. Em relação ao tempo de internamento, o P1 esteve hospitalizado 44 dias, o P2 19 dias, o P3 esteve internado nove dias, o P4 esteve oito dias, o P5 permaneceu no internamento durante 10 dias e o P6 esteve hospitalizado oito dias. No que refere à distribuição em função do género, é possível identificar que 67% dos participantes são do sexo masculino e 33% do sexo feminino (Gráfico 10). A média de idades dos participantes é de 74 anos. Todos se encontravam reformados e apresentam pelo menos uma situação de doença crónica, com maior prevalência para a HTA. Relativamente ao grau de dependência prévio ao internamento, a P4 e a P5 apresentavam dependência funcional prévia para a realização dos autocuidados. Todos os utentes são provenientes do domicílio, sendo que quatro residem com a esposa, uma reside com a filha e uma reside sozinha (Gráfico 11).

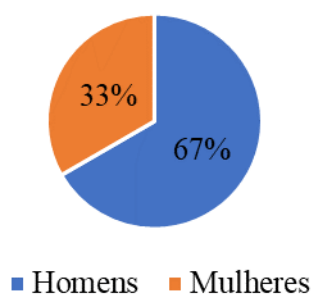


Gráfico 10: Participantes por sexo

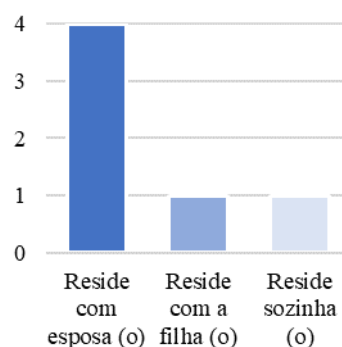


Gráfico 11: Ambiente Familiar

6.1. Estudo de Caso 1

O Participante 1 (P1), com 69 anos de idade, do sexo masculino, reside com a esposa num apartamento no segundo andar, no centro da cidade. É reformado, mas apresenta uma vida ativa e ocupa os seus tempos livres a fazer ciclismo. De antecedente pessoal apresenta apenas HTA.

O utente foi ao serviço de urgência a 18/09 por queixas de diminuição da força muscular no hemicorpo esquerdo. Apresenta como diagnóstico uma lesão ocupante de espaço com, para além da diminuição da força muscular à esquerda, alteração no equilíbrio dinâmico. Foram realizadas três avaliações em momentos diferentes: a avaliação inicial, a avaliação intermédia e a final. Após a avaliação inicial, foi possível identificar os seguintes diagnósticos de ER: Movimento Muscular, Diminuído; Equilíbrio, Comprometido; Andar, Comprometido; Autocuidado, Comprometido. O plano de intervenção com este participante teve a duração de 12 sessões de 45 minutos.

Funcionalidade

O P1 apresentava previamente ao internamento, um *score* de 126 na MIF (Anexo I), o que indica uma independência total. Na avaliação inicial, esse *score* foi de 60, tendo o utente evoluído positivamente ao longo dos dias, para um *score* de 94 na avaliação intermédia e 114 na avaliação final (Tabela 2). As alterações mais significativas são a nível dos autocuidados, das transferências e da locomoção. Após a implementação das intervenções de ER, que consistiram no ensino e treino de autocuidados, fortalecimento da força muscular, treino de equilíbrio e fornecimento (com ensino e treino) de auxiliar de marcha, foi possível melhorar o grau de dependência funcional.

Avaliação	20/09	17/10	03/11
Total	60	94	114

Tabela 2: Avaliação da MIF, P1. Fonte: Adaptado de Direção-Geral da Saúde (2011)

Qualidade de Vida

Relativamente à perceção da QV, avaliada através do questionário EQ-5D-3L (Anexo II), também se verificou uma evolução positiva no que diz respeito a todos os grupos, com ênfase nos cuidados pessoais, a dor/mal-estar e o estado de saúde em geral, conforme a Tabela 3.

	Avaliação inicial (20/09/2023)	Avaliação intermédia (17/10/2023)	Avaliação Final (03/11/2023)
Mobilidade	3	2	2
Cuidados Pessoais	3	2	1
Atividades Habituais	3	2	2
Dor/Mal-estar	2	2	1
Ansiedade/Depressão	3	2	2
EQ-VAS	25	65	85

Tabela 3: Avaliação da Qualidade de Vida do P1. Fonte: Adaptado de Ferreira et al., (2013)

Força Muscular

As alterações da força muscular mais evidentes encontravam-se no hemicorpo esquerdo, com uma avaliação inicial, no MSE (Membro Superior Esquerdo), de dois em cinco nos movimentos do ombro, cotovelo e antebraço, e de um em cinco no punho e dedos. Em relação

ao MIE (Membro Inferior Esquerdo), o P1 apresentava uma força muscular de três em cinco nos movimentos da articulação coxofemoral, joelho e tibiotársica, e uma força de grau dois em cinco nos dedos.

A tabela de avaliação da força muscular do P1, de acordo com a escala *Medical Research Council* (Anexo IV), e no hemicorpo esquerdo (dado que à direita apresenta força mantida, grau cinco, em todos os segmentos e movimentos) encontra-se em apêndice (Apêndice V). Esta monitorização permitiu verificar que o P1 apresentou uma melhoria na avaliação da força muscular, tanto no MSE, como no MIE. O plano de focou-se na realização de exercícios musculares e articulares (exercícios passivos, ativos, ativo-assistidos ou ativo-resistidos, adaptados aos resultados da avaliação), incorporando todos os segmentos.

No final, verificou-se que o P1 alcançou os resultados pretendidos, na medida em que a avaliação através da escala *Medical Research Council*, permite verificar que existiu um aumento progressivo da força muscular, nos vários segmentos. Os ensinamentos realizados, que promoveram as capacidades e os conhecimentos do utente, também foram importantes para esta evolução positiva, demonstrando-se também na sua força de vontade e QV. As intervenções realizadas, em três séries de 10 repetições, seguiram-se de períodos de pausa e relaxamento. O P1 demonstrou interesse e colaborou na realização dos exercícios, verificando-se uma maior autonomia na sua realização, ao longo dos dias, dado que também os realizava quando o EEER não se encontrava junto dele.

Equilíbrio

Na avaliação do equilíbrio e anormalidades na marcha, o P1 iniciou treino de marcha após a avaliação inicial, pelo que a avaliação da mesma não foi realizada na primeira avaliação. O P1 apresentou um *score* inicial de um em 28 (o primeiro dia de avaliação do equilíbrio foi a 20/09). A segunda avaliação aconteceu a 28/09/2024, com alterações mais evidentes no equilíbrio dinâmico. Ao longo do programa de ER, existiram ganhos no equilíbrio estático e dinâmico com *score* final de 22/28 (Tabela 4).

Atividade	Pontuação		
	20/09/2023	28/09/2023	03/11/2023
1	1	2	2
2	0	1	2
3	0	1	1
4	0	1	1
5	0	1	2
6	0	1	1
7	0	1	2
8	0	0	1
9	0	1	2

10		0	1
11		1	1
12		1	1
13		0	1
14		0	0
15		0	0
16		0	1
17		1	1
18		0	1
19		1	1
Pontuação total	1	13 (em 28)	22 (em 28)

Tabela 4: Preenchimento do Índice de Tinetti de P1. Fonte: adaptado de Apóstolo (2012)

Dor

Referiu dor numa fase inicial (grau quatro em 10), principalmente no MIE, aquando das mobilizações, que cediam com analgesia e realização de massagem terapêutica, sendo que na avaliação intermédia apresentava dor de grau dois em 10 e na avaliação final apresentava grau zero em 10, na escala numérica (Anexo V).

6.2. Estudo de Caso 2

O Participante 2 (P2), com 71 anos de idade, do sexo masculino, reside com a esposa numa moradia de dois andares, na periferia da cidade. Apesar de já se encontrar reformado, ainda fazia biscates enquanto mecânico. Ao fim-de-semana, o tempo livre era ocupado com a família e/ou com os amigos e refere que gosta muito de brincar com os netos. De antecedentes pessoais apresenta HTA e amaurose à esquerda, pós-traumática.

O P2 pelas 15h de dia 20/09/2023 inicia disartria e paresia facial à esquerda, que foi piorando, pelo que se deitou em repouso no leito, em casa. Acordou à 1h de dia 21/09 com diminuição da força à esquerda, de predomínio braquial, e com disartria. Contactou o Número Europeu de Emergência (112) e foi encaminhado ao serviço de urgência, onde fez TC-CE (tomografia computadorizada cranioencefálica) e foi diagnosticado com AVC do hemisfério direito, sem indicação para tromboectomia ou fibrinólise. Ficou com indicação para internamento, para realizar reabilitação e estudo da causa do AVC.

O P2 apresenta assim como diagnóstico um AVC isquémico do hemisfério direito. Encontrava-se com um *score* de 15 na Escala de Coma de Glasgow (com abertura ocular espontânea, com resposta verbal orientada e obedecia a ordens), com pupilas isocóricas, diminuição da força à esquerda, sem *neglet*, com tónus normal, sem alterações da deglutição.

Foram realizadas três avaliações em momentos diferentes: a avaliação inicial, a avaliação intermédia e a final. Após a avaliação inicial, foi possível identificar os seguintes diagnósticos de ER: Movimento Muscular, Diminuído; Espasticidade, Risco; Equilíbrio, Comprometido;

Andar, Comprometido; Autocuidado, Comprometido; Comunicação, Comprometida. O plano de intervenção com este participante teve a duração de oito sessões de 45 minutos.

Funcionalidade

O P2 apresentava previamente ao internamento, um *score* de 126 na MIF (Anexo I), o que indica uma independência total. Na avaliação inicial, esse *score* foi de 52, tendo o utente evoluído positivamente ao longo dos dias, para um *score* de 72 na avaliação intermédia, e 92 na avaliação final (Tabela 5). O banho do P2 foi inicialmente realizado no leito, e a partir do dia em que teve autorização para fazer levantar (com meias de compressão), fez transferência para cadeira-de-banho, e os cuidados de higiene foram realizados no WC, dependendo ainda de ajuda. Conseguiu segurar no chuveiro, secar a face, o cabelo, o MSE, tronco, os genitais e fazer a higiene oral, mas não conseguiu secar a região dorsal, nem o membro superior direito, nem os membros inferiores.

Em relação ao vestuário, inicialmente necessitava de ajuda para vestir todas as peças de roupa e foi necessário reforçar a sequência correta do vestir e despir, encontrando o P2 maiores dificuldades a vestir/despir os membros inferiores; na avaliação final precisava apenas de alguma ajuda. Em relação ao controlo de esfíncteres, o P2 urinava no urinol, que utilizava de forma autónoma. Em relação à eliminação intestinal, era necessária ajuda para se deslocar até ao WC. As alterações mais significativas no P2 encontravam-se ao nível dos autocuidados, das transferências, da locomoção e, numa fase inicial, da comunicação. Após a implementação das intervenções de ER, que consistiram no ensino e treino de autocuidados, fortalecimento da força muscular, treino de equilíbrio, fornecimento (com ensino e treino) de auxiliar de marcha, foi possível melhorar o grau de dependência funcional.

Avaliação	22/09	27/09	02/10
Total	52	72	92

Tabela 5: Avaliação da MIF, P2. Fonte: Adaptado de Direção-Geral da Saúde (2011)

Qualidade de Vida

Relativamente à perceção da QV, avaliada através do questionário EQ-5D-3L (Anexo II), verificou-se uma evolução positiva no que diz respeito a todos os grupos, com ênfase na mobilidade, nos cuidados pessoais e no estado de saúde em geral, conforme a Tabela 6.

	Avaliação inicial (22/09/2023)	Avaliação intermédia (27/09/2023)	Avaliação Final (02/10/2023)
Mobilidade	3	2	2
Cuidados Pessoais	3	3	2
Atividades Habituais	3	3	2
Dor/Mal-estar	2	1	1
Ansiedade/Depressão	2	2	1

EQ-VAS	20	60	80
---------------	----	----	----

Tabela 6: Avaliação da Qualidade de Vida do P2. Fonte: Adaptado de Ferreira et al., (2013)

Força Muscular

As alterações da força muscular mais evidentes encontravam-se no hemicorpo esquerdo, principalmente no membro superior. A avaliação da força muscular do P2, de acordo com a escala *Medical Research Council* (Anexo IV), e no hemicorpo esquerdo (dado que à direita apresenta força mantida, grau cinco, em todos os segmentos e movimentos), encontra-se em apêndice (Apêndice VI). Esta monitorização permitiu verificar que o P2 apresentou uma melhoria tanto no MSE, como no MIE. O plano de ER (Apêndice VII) focou-se na realização de exercícios musculares e articulares (exercícios passivos, ativos, ativo-assistidos ou ativo-resistidos, adaptados aos resultados da avaliação), incorporando todos os segmentos. No final, verificou-se que o P2 alcançou os resultados pretendidos, na medida em que a avaliação da força muscular permite verificar que existiu um aumento progressivo nos vários segmentos. Os ensinamentos realizados, que promoveram as capacidades e os conhecimentos do P2, também foram importantes para esta evolução positiva, demonstrando-se também na sua força de vontade e QV.

As intervenções realizadas, em três séries de 10 repetições, seguiram-se de períodos de pausa e relaxamento. Inicialmente, os exercícios foram realizados no leito, dado que o P2 no primeiro dia não tinha ainda indicação para levantar (aguardava a TC-CE de controlo); posteriormente, foram realizadas no cadeirão. O P2 demonstrou-se interessado e colaborante na realização dos exercícios, verificando-se uma maior autonomia na sua realização, ao longo dos dias, dado que também os realizava quando o EEER não se encontrava junto dele.

Tónus Muscular

O P2 apresenta rotação externa da articulação coxofemoral, inversão tibiotársica e dorsiflexão do pé, mas apenas durante a marcha (grau 1); não apresenta aumento no tónus muscular nas demais avaliações – grau 0, de acordo com a escala de *Ashworth* (Anexo VII).

O plano de ER consistiu em: avaliar a presença de dor e preveni-la; posicionamento em padrão antiespástico; avaliar o conhecimento e capacidades do utente sobre técnicas de exercício muscular e articular (passivo, ativo, ativo-assistido ou ativo-resistido); ensinar, instruir, incentivar e executar técnicas de exercício muscular e articular, tendo em conta o limite da amplitude articular, e de preferências em séries de 10 repetições (flexão, extensão, adução e abdução dos dedos da mão; flexão e extensão do punho e desvio radial/cubital; supinação e pronação do antebraço; flexão e extensão do cotovelo; rotação interna e externa do ombro, adução, abdução, flexão, extensão, elevação, depressão e circundação do ombro; flexão,

extensão, adução e abdução dos dedos do pé; eversão, inversão, dorsiflexão e flexão plantar da articulação tibiotársica; flexão e extensão do joelho; rotação interna, externa, adução, abdução, flexão, extensão e circundação da articulação coxofemoral).

O plano de ER consistiu ainda em promover a consciencialização da relação entre os exercícios musculares e articulares e tónus muscular; promover a consciencialização da importância do posicionamento em padrão antiespástico; monitorizar a amplitude do movimento articular (através da goniometria); estabilização articular; adaptar o número de repetições à condição física e psicológica do utente; avaliar quanto à presença de sinais de cansaço, dispneia ou sobrecarga cardíaca, que determinem a necessidade de interromper ou fazer uma pausa na realização do treino; promover ambiente calmo e sem distrações; reforçar positivamente os momentos em que mantém a atenção focada no treino e os movimentos que consegue completar de forma autónoma (mobilizações ativas) (Araújo et al., 2021; Bulechek et al., 2010).

Equilíbrio

Para a avaliação do equilíbrio, foi utilizado o Índice de Tinetti (Anexo III). O P2 apresentou um *score* inicial de 16 em, com alterações mais evidentes no equilíbrio dinâmico. Ao longo do programa, houve ganhos no equilíbrio estático e dinâmico com *score* de 21/28 (Tabela 7).

Atividade	Pontuação	
	27/09/2023	01/10/2023
1	2	2
2	1	2
3	1	2
4	1	1
5	1	2
6	1	1
7	1	1
8	1	1
9	1	1
10	0	1
11	1	1
12	1	1
13	1	1
14	0	0
15	0	0
16	0	1
17	1	1
18	1	1
19	1	1
Pontuação total	16 (em 28)	21 (em 28)

Tabela 7: Preenchimento do Índice de Tinetti de P2. Fonte: adaptado de Apóstolo (2012)

Dor

O P2 referiu dor grau três (em 10) apenas na avaliação inicial, principalmente no MSE, aquando das mobilizações. A dor cedia à realização de massagem terapêutica e à administração de terapêutica analgésica, tendo passado para uma dor de grau dois na avaliação intermédia e grau zero na final, na escala numérica (Anexo V).

Comunicação

O P2 apresentava disartria, mais evidenciada no primeiro dia de contacto com o utente, e que veio a melhorar ao longo dos dias, através das intervenções de ER e também pelo trabalho realizado com a terapeuta da fala. Foram realizados exercícios de controlo da respiração; de mímica facial (sorrir, mostrar os dentes, assobiar, encher a boca de ar e fazer depressão do lábio inferior); foi incentivado a comunicar em voz alta, mesmo quando estava sozinho; e foi utilizado o espelho para observação da paresia facial e das assimetrias da face, com ganhos rapidamente, pois o P2 apresentou uma melhoria considerável da paresia facial e da disartria, conseguindo-se expressar de forma eficaz.

6.3. Estudo de Caso 3

O Participante 3 (P3), com 75 anos de idade, do sexo masculino, reside com a esposa num apartamento, num segundo andar, no centro da cidade. Encontra-se reformado por invalidez (pelas lesões com colapso vertebral por osteoporose) há cerca de 15 anos, segundo o próprio. Passa grande parte do seu dia a ver televisão, e que a sua maior companhia são a esposa, a filha mais nova e um amigo, que o visita frequentemente.

Iniciou na manhã de dia 09/10/2023 quadro de diminuição da força muscular no MSE, seguida de dor no MIE. Pelas 13h30 do mesmo dia, apresentou assimetria facial, motivo que o fez ir ao serviço de urgência, onde fez TC-CE e foi diagnosticado com um AVC isquémico do hemisfério direito, sem indicação para tromboectomia ou fibrinólise, por se encontrar fora da janela terapêutica. Apresentava-se com um *score* de 15 na Escala de Coma de Glasgow (com abertura ocular espontânea, com resposta verbal orientada e obedecia a ordens). Com hemianopsia homónima esquerda, paresia facial central esquerda, hemiparesia esquerda, sem alterações da sensibilidade nem da deglutição. Foram realizadas três avaliações em momentos diferentes: a avaliação inicial, a avaliação intermédia e a final. Após a avaliação inicial, foi possível identificar os seguintes diagnósticos de ER: Movimento Muscular, Diminuído; Espasticidade, Risco; Equilíbrio, Comprometido; Andar, Comprometido; Autocuidado,

Comprometido. O plano de intervenção com este participante teve a duração de cinco sessões de 45 minutos.

Funcionalidade

O P3 apresentava previamente ao internamento, um *score* de 118 na MIF (Anexo I), o que indica uma independência completa. Na avaliação inicial, esse *score* foi de 53, tendo o utente evoluído positivamente ao longo dos dias, para um *score* de 78 na avaliação intermédia e, na avaliação final, o P3 apresentou um *score* de 89 (Tabela 8). As alterações mais significativas no P3 encontravam-se a nível dos autocuidados, das transferências e da marcha. Após a implementação das intervenções de ER, que consistiram no ensino e treino de autocuidados, fortalecimento da força muscular, treino de equilíbrio, fornecimento (com ensino e treino) de auxiliar de marcha, foi possível melhorar o grau de dependência funcional.

Avaliação	11/10	17/10	20/10
Total	53	78	89

Tabela 8: Avaliação da MIF, P3. Fonte: Adaptado de Direção-Geral da Saúde (2011)

Qualidade de Vida

Relativamente à perceção da QV, avaliada através do questionário EQ-5D-3L (Anexo II), verificou-se uma evolução positiva no que diz respeito a todos os grupos, ainda que mais linear, conforme a Tabela 9.

	Avaliação inicial (22/09/2023)	Avaliação intermédia (27/09/2023)	Avaliação Final (02/10/2023)
Mobilidade	3	2	2
Cuidados Pessoais	3	2	2
Atividades Habituais	3	2	2
Dor/Mal-estar	2	2	1
Ansiedade/Depressão	3	2	2
EQ-VAS	20	45	55

Tabela 9: Avaliação da Qualidade de Vida do P3. Fonte: Adaptado de Ferreira et al., (2013)

Força Muscular

As alterações da força muscular mais evidentes encontravam-se no hemitorço esquerdo, principalmente no MSE. O Apêndice VIII contém a avaliação da força muscular do P3, de acordo com a escala *Medical Research Council* (Anexo IV), e no hemitorço esquerdo (dado que à direita apresenta força mantida, grau cinco, em todos os segmentos e movimentos). Esta monitorização permitiu verificar que o P3 apresentou uma melhoria na avaliação da força muscular, tanto no MSE, como no MIE. O plano de ER focou-se na realização de exercícios musculares e articulares (exercícios passivos, ativos, ativo-assistidos ou ativo-resistidos, adaptados aos resultados da avaliação), incorporando todos os segmentos. No final, verificou-

se que o P3 alcançou os resultados pretendidos, na medida em que a avaliação da força muscular, através da escala *Medical Research Council*, permite verificar que existiu um aumento progressivo da mesma, nos vários segmentos. De referir que, pelo antecedente pessoal do P3 de lesões com colapso vertebral, o utente foi aconselhado a utilizar uma ortótese para estabilização, que recusou. Os ensinamentos realizados, que promoveram as capacidades e os conhecimentos do P3, também foram importantes para esta evolução positiva, demonstrando-se também na sua força de vontade e QV.

As intervenções realizadas, em três séries de 10 repetições, seguiram-se de períodos de pausa e relaxamento. Inicialmente, os exercícios foram realizados no leito, dado que o P3 no primeiro dia não tinha ainda indicação para levantar; posteriormente, foram realizadas no cadeirão. O participante demonstrou interesse e colaborou na realização dos exercícios.

Equilíbrio

Para a avaliação do equilíbrio, foi utilizado o Índice de Tinetti (Anexo III). O P3 apresentou um *score* inicial de 12 em 28, com alterações mais evidentes no equilíbrio dinâmico. Ao longo do programa, o P3 apresentou ganhos no equilíbrio estático e dinâmico com *score* à data da avaliação final de 23 em 28 (Tabela 10).

Atividade	Pontuação	
	13/10/2023	20/10/2023
1	1	2
2	1	1
3	1	1
4	1	2
5	1	1
6	0	1
7	1	2
8	0	1
9	0	2
10	0	1
11	1	1
12	1	1
13	1	1
14	0	1
15	0	1
16	0	1
17	1	1
18	1	1
19	1	1
Pontuação total	12 (em 28)	23 (em 28)

Tabela 10: Preenchimento do Índice de Tinetti de P3. Fonte: adaptado de Apóstolo (2012)

Dor

O P3 referiu dor grau um (constante) na escala numérica (Anexo V) decorrente da sua patologia (pelas lesões com colapso vertebral por osteoporose), mas indica que não apresentava dor decorrente do plano de ER.

6.4. Estudo de Caso 4

A Participante 4 (P4), com 91 anos de idade, do sexo feminino, reside num apartamento, num primeiro andar, no centro da cidade, com a filha mais velha. Tinha duas filhas, a mais nova ainda trabalhava, mas prestava apoio sempre que solicitada, juntamente com o seu marido. Encontra-se reformada e ocupa os seus tempos livres a cozinhar, pois esteve emigrada em Itália, onde trabalhou como cozinheira e refere que cozinhar é das coisas que mais alegria lhe dá; quando não o está a fazer, entretém-se a ver televisão ou na companhia do seu bisneto.

Foi ao serviço de urgência no dia 23/10/2023 por toracalgia à esquerda, dispneia, tosse produtiva e cansaço, com dois dias de evolução. Fez uma radiografia ao tórax, que foi compatível com uma pneumonia à direita e um derrame pleural à esquerda. Foi internada no serviço de medicina com os diagnósticos de insuficiência cardíaca descompensada por PAC (pneumonia adquirida na comunidade) bilateral, derrame pleural à esquerda e DPOC agudizada.

Foi internada na Unidade de Internamento de Curta Duração para vigilância e otimização de terapêutica e cuidados, sendo posteriormente transferida para o serviço de medicina – enfermaria, dois dias depois.

A P4 apresentava-se com um *score* de 15 na Escala de Coma de Glasgow (com abertura ocular espontânea, com resposta verbal orientada e obedecia a ordens). Foram realizadas três avaliações em momentos diferentes: a avaliação inicial, a avaliação intermédia e a final. Após a avaliação inicial, foi possível identificar os seguintes diagnósticos de ER: Dispneia funcional, Presente; Ventilação, Comprometida; Expetorar, Comprometido; Intolerância à atividade, Presente.

A intervenção de ER decorreu ao longo de quatro sessões de reabilitação, e cada sessão durou cerca de 30 minutos. A P4 manteve-se sempre muito comunicativa, motivada e focada ao longo do programa de ER. Verificou-se que, ao longo do mesmo, a utente apresentou progressivamente uma maior capacidade na realização dos exercícios, que se foram tornando ligeiramente mais exigentes do ponto de vista do esforço aplicado, aumentando o número de séries, sempre condicionada pela situação clínica da utente, e a diminuição da percepção de dispneia, pela escala de Borg, permite também perceber e caracterizar esse aumento de tolerância, dado que na avaliação inicial apresentava dispneia muito intensa (grau sete),

passando para uma avaliação de pouco intensa (grau quatro) e a avaliação final foi de uma dispneia muito leve (grau um) na escala de Borg (Anexo VIII).

A saturação periférica de oxigénio foi avaliada antes, durante e após cada sessão de ER, sendo que foi possível verificar-se sempre um aumento deste valor após as intervenções realizadas e não houve um aumento da tensão arterial, demonstrando uma boa tolerância ao esforço. Na avaliação subjetiva da função respiratória, a P4 apresentava tosse produtiva eficaz, com emissão de expetoração mucoide inicialmente em moderada quantidade, e posteriormente em reduzida quantidade. No final do internamento, já não apresentava secreções. A perceção da dispneia reduziu de sete para um na Escala de Borg modificada. Em relação à avaliação objetiva, foi realizado o exame físico do tórax (inspeção, palpação, percussão e auscultação) e a P4 apresenta-se sem deformidades torácicas, com pele e mucosas ligeiramente descoradas, com ligeiro edema. Apresentava uma respiração predominantemente torácica, de amplitude normal, com uma frequência respiratória média que foi de 18 ciclos por minuto, para 15 ciclos por minuto, ao longo do programa de ER.

No primeiro dia, a P4 apresentava-se asténica, com saturação periférica de oxigénio de 89-91%, sem capacidade para realizar levante, com queixas de dispneia e cansaço a mínimos esforços. Encontrava-se com aporte adicional de oxigénio a 31% por máscara de *Venturi*. Neste dia apenas foi possível a realização da avaliação da saturação periférica de oxigénio e da frequência cardíaca, a avaliação física do tórax e a execução de técnicas de descanso e relaxamento, com controlo e dissociação dos tempos respiratórios. Foi ainda possível realizar exercícios de reeducação diafragmática, com inspirações profundas e dirigidas (adaptadas à capacidade da utente), tendo a P4 tolerado uma série de cinco repetições. De referir que apresentou dificuldades na realização desta última técnica referida, devido à falta de coordenação entre a entrada de ar através da inspiração e posteriormente direcioná-la para o abdómen.

Nos dias seguintes, o valor de saturação periférica de oxigénio variou entre 94% e 98% (este último valor quando se encontrava a realizar reabilitação funcional respiratória), e foi possível realizar todos os exercícios descritos nas intervenções, numa série de 10 repetições.

No que diz respeito à técnica de expiração com os lábios semicerrados, a utente mostrou-se colaborante para a fazer, dado que já tinha realizado a técnica em internamentos anteriores. Relativamente à respiração abdomino-diafragmática, mostrou algumas dificuldades inicialmente com a coordenação entre a inspiração e o direcionar o ar para a região abdominal, condição que melhorou ao longo do plano de ER. Quanto à reeducação diafragmática, inicialmente a P4 apresentou dificuldade pela falta de coordenação, contudo ao longo das

sessões foi adquirindo autonomia na realização da técnica, e realizava-a com a sua própria mão, com uma pequena orientação verbal. Em relação à reeducação costal global, esta foi realizada sempre com o apoio de EEER, devido ao cansaço fácil da utente. O ciclo ativo das técnicas respiratórias mostrou-se eficaz na facilitação de secreções, na posição de sentada no cadeirão.

No dia 01/11 foi possível realizar também a reeducação costal global, flexão e extensão dos membros superiores e no dia três de novembro a utente já conseguia realizar marcha, com apoio de andarilho e numa curta distância, mantendo sempre o aporte de oxigénio. Foi ainda possível aumentar as repetições de cinco para 10 (à exceção da reeducação costal global, que tolerou sempre apenas cinco repetições).

De referir que algumas das estratégias ensinadas e implementadas para a gestão da intolerância à atividade, já eram adotadas pela utente, na medida em que já teve vários internamentos onde apresentava os mesmos sinais e sintomas e já foi várias vezes alvo de ensinamentos de ER, mas foram lembradas e facilitadoras da execução das atividades com menos esforço e um menor gasto de energia, pelo que houve também uma melhoria dos conhecimentos e capacidades. Os ganhos obtidos através do programa de ER refletem um aumento de tolerância à atividade e uma melhoria da ventilação, dado que inicialmente existia um compromisso da capacidade funcional, pela intolerância à atividade, que veio a dissipar-se.

Funcionalidade

A P4 apresentava previamente ao internamento, um *score* de 105 na MIF (Anexo I), o que indica uma independência completa. Na avaliação inicial, esse *score* foi de 40, tendo a P4 evoluído positivamente ao longo dos dias, para um *score* de 83 na avaliação intermédia e, por fim, na última avaliação, a P4 apresentou um *score* de 98 (Tabela 11). As alterações mais significativas na P4 encontravam-se a nível dos autocuidados e da mobilidade e locomoção, essencialmente pela intolerância à atividade. Como tal, o plano de ER da P4 incidiu no ensino, instrução e treino dos autocuidados, com utilização de produtos de apoio para higiene e uso do sanitário, associado a estratégias adaptativas de conservação de energia, considerando a sua condição de saúde e cansaço a mínimos esforços.

Avaliação	26/10	01/11	03/11
Total	40	83	98

Tabela 11: Avaliação da MIF, P4. Fonte: Adaptado de Direção-Geral da Saúde (2011)

A filha mais velha da utente demonstrou interesse em participar no programa de ER da utente e esteve presente numa sessão, onde foram esclarecidas dúvidas sobre estratégias adaptativas para os autocuidados, produtos de apoio e para a gestão da intolerância à atividade.

Foram ainda reforçados junto da mesma os fatores de risco de queda no domicílio (tinha tapetes em várias divisões da casa) e a ausência de barras de apoio.

Qualidade de Vida

Relativamente à percepção da QV, avaliada através do questionário EQ-5D-3L (Anexo II), verificou-se uma evolução positiva no que diz respeito a todos os grupos, conforme verificável na Tabela 12. Refere que já viveu muito, mas que gosta de viver e de aproveitar as capacidades que ainda tem.

	Avaliação inicial (26/10/2023)	Avaliação intermédia (01/11/2023)	Avaliação Final (03/11/2023)
Mobilidade	3	2	2
Cuidados Pessoais	3	2	2
Atividades Habituais	3	2	1
Dor/Mal-estar	2	2	1
Ansiedade/Depressão	2	1	1
EQ-VAS	45	70	85

Tabela 12: Avaliação da Qualidade de Vida da P4. Fonte: Adaptado de Ferreira et al., (2013)

Força Muscular

O envelhecimento resulta numa fraqueza muscular, que pode emergir num declínio de funcionalidade e da perda de capacidade para a realização dos autocuidados. De acordo com a escala *Medical Research Council* (Anexo IV), a P4 apresentava uma força muscular de grau quatro em todos os segmentos e movimentos, nas demais avaliações, pelo que a intervenção do EEER foi de manter a força muscular da participante.

Equilíbrio

O treino da força muscular e do equilíbrio foi parte integrante do plano de ER da P4, dado que são ambos fatores necessários para a realização das AVD's. Apesar de não existir um aumento de grau de força muscular, existiram aumentos na capacidade funcional diária, sendo suficiente para que a P4 melhorasse a fragilidade inerente à inatividade do internamento.

Para a avaliação do equilíbrio e da marcha, foi utilizado o Índice de Tinetti (Anexo III). A P4 apresentou um *score* inicial de sete em 28, com alterações mais evidentes no equilíbrio dinâmico. Ao longo do programa, existiram ganhos no equilíbrio estático e dinâmico, com *score* de 17 em 28 (Tabela 13).

Atividade	Pontuação	
	28/10/2023	03/10/2023
1	2	2
2	1	1
3	1	1

4	1	1
5	0	1
6	0	1
7	0	1
8	0	1
9	1	1
10	0	0
11	0	1
12	0	1
13	0	1
14	0	1
15	0	1
16	0	0
17	1	1
18	0	1
19	0	0
Pontuação total	07 (em 28)	17 (em 28)

Tabela 13: Preenchimento do Índice de Tinetti de P4. Fonte: adaptado de Apóstolo (2012)

Dor

A P4 referiu dor crónica, de grau um na escala numérica (Anexo V), mas indica que não apresentava dor decorrente do plano de ER.

6.5. Estudo de Caso 5

A Participante 5 (P5), com 69 anos de idade, do sexo feminino, reside sozinha numa casa térrea, numa freguesia da cidade. Encontra-se já reformada, e os seus tempos livres são ocupados essencialmente no café ao lado da sua casa, onde se encontra diariamente com os amigos. Ao fim-de-semana, é visitada pelo filho e pela neta. De antecedentes pessoais apresenta HTA e um AVC isquémico do hemisfério direito, em 2011, com hemiparesia à esquerda, com força muscular prévia ao internamento, de grau quatro.

A P5 foi ao serviço de urgência no dia 03/11/2023 por alterações da força muscular no hemicorpo esquerdo e ligeiro desvio da comissura labial. Ficou internada no serviço de medicina com o diagnóstico de um AVC isquémico do hemisfério direito, com transformação hemorrágica. Encontrava-se com um *score* de 15 na Escala de Coma de Glasgow (com abertura ocular espontânea, com resposta verbal orientada e obedecia a ordens), com pupilas isocóricas, diminuição da força à esquerda, sem *neglet* e sem alterações da deglutição, com o tónus ligeiramente aumentado. Foram realizadas três avaliações em momentos diferentes: a avaliação inicial, a avaliação intermédia e a final. Após a avaliação inicial, foi possível identificar os seguintes diagnósticos de ER: Movimento Muscular, Diminuído; Espasticidade, Risco;

Equilíbrio, Comprometido; Andar, Comprometido; Autocuidado, Comprometido. O plano de intervenção com esta participante teve a duração de cinco sessões de 45 minutos.

Funcionalidade

A P5 apresentava previamente ao internamento, um *score* de 115 na MIF (Anexo I), o que indica uma independência completa. Na avaliação inicial, esse *score* foi de 50, tendo a utente evoluído positivamente ao longo dos dias, para um *score* de 68 aquando da avaliação intermédia, e um *score* de 75 na avaliação final (Tabela 14). As alterações mais significativas na P5 encontravam-se ao nível dos autocuidados, das transferências e da marcha. Após a implementação das intervenções de ER, que consistiram no ensino e treino de autocuidados, fortalecimento da força muscular, prevenção da espasticidade, treino de equilíbrio, fornecimento (com ensino e treino) de auxiliar de marcha, foi possível melhorar o grau de dependência funcional.

Avaliação	05/11	11/11	15/11
Total	50	68	75

Tabela 14: Avaliação da MIF, P5. Fonte: Adaptado de Direção-Geral da Saúde (2011)

Qualidade de Vida

Relativamente à perceção da QV, avaliada através do questionário EQ-5D-3L (Anexo II), verificou-se uma evolução positiva no que diz respeito a todos os grupos, conforme a Tabela 15.

	Avaliação inicial (05/11/2023)	Avaliação intermédia (11/11/2023)	Avaliação Final (15/11/2023)
Mobilidade	3	2	2
Cuidados Pessoais	3	3	2
Atividades Habituais	3	3	2
Dor/Mal-estar	2	2	1
Ansiedade/Depressão	3	2	2
EQ-VAS	15	45	60

Tabela 15: Avaliação da Qualidade de Vida da P5. Fonte: Adaptado de Ferreira et al., (2013)

Força Muscular

As alterações da força muscular mais evidentes encontravam-se no hemisfério esquerdo, principalmente no MSE, conforme é possível verificar no Apêndice IX, que contém a avaliação da força muscular da P5, de acordo com a escala *Medical Research Council* (Anexo IV), e no hemisfério esquerdo (dado que à direita apresenta força mantida, grau cinco, em todos os segmentos e movimentos). Esta monitorização permitiu verificar que a P5 apresentou, ainda que ligeira, uma melhoria na avaliação da força muscular. O plano de ER focou-se na realização de exercícios musculares e articulares (exercícios passivos, ativo-assistidos ou ativo-resistidos, adaptados aos resultados da avaliação), incorporando todos os segmentos. No final, verificou-

se que a P5 alcançou os resultados pretendidos, na medida em que a avaliação da força muscular, através da escala, permite verificar que existiu um aumento da força muscular, nos vários segmentos, ainda que tenha sido uma evolução mais lenta e menos visível. Os ensinamentos realizados, que promoveram as capacidades e os conhecimentos da P5, também foram importantes para esta evolução positiva, no entanto a utente encontrava-se entristecida com a sua situação de doença, e não realizava os exercícios quando não estava na presença do EEER.

As intervenções realizadas, em três séries de 10 repetições, seguiram-se de períodos de pausa e relaxamento. Inicialmente, os exercícios foram realizados no leito, dado que a P5 no primeiro dia não tinha ainda indicação para levantar (aguardava a TC-CE de controlo); posteriormente as mobilizações foram realizadas no cadeirão.

Tónus Muscular

A P5 apresentava um ligeiro aumento do tónus muscular, manifestado por uma tensão momentânea à mobilização do punho e dedos da mão esquerda, ou seja, grau um na escala de *Ashworth* (Anexo VII). O plano de ER consistiu em: avaliar a presença de dor e prevenir a mesma; posicionamento em padrão antiespástico; avaliar o conhecimento e capacidades da P5 sobre técnicas de exercício muscular e articular (passivo, ativo, ativo-assistido ou ativo-resistido); ensinar, instruir, incentivar e executar técnicas de exercício muscular e articular, tendo em conta o limite da amplitude articular, e de preferências em séries de 10 repetições (flexão, extensão, adução e abdução dos dedos da mão; flexão e extensão do punho e desvio radial/cubital; supinação e pronação do antebraço; flexão e extensão do cotovelo; rotação interna e externa do ombro, adução, abdução, flexão, extensão, elevação, depressão e circundação do ombro; flexão, extensão, adução e abdução dos dedos do pé; eversão, inversão, dorsiflexão e flexão plantar da articulação tibiotársica; flexão e extensão do joelho; rotação interna, externa, adução, abdução, flexão, extensão e circundação da articulação coxofemoral).

O plano de ER consistiu ainda em promover a consciencialização da relação entre exercícios musculares e articulares e tónus muscular; promover a consciencialização da importância do posicionamento em padrão antiespástico; monitorizar a amplitude do movimento articular (através da goniometria); estabilização articular; adaptar o número de repetições à condição física e psicológica da utente; avaliar quanto à presença de sinais de cansaço, dispnéia ou sobrecarga cardíaca, que determinem a necessidade de interromper ou fazer uma pausa na realização das intervenções; promover ambiente calmo e sem distrações; reforçar positivamente os momentos em que mantém a atenção focada no treino e os

movimentos que consegue completar de forma autónoma (mobilizações ativas) (Araújo et al., 2021; Bulechek et al., 2010).

Equilíbrio

Para a avaliação do equilíbrio, foi utilizado o Índice de Tinetti (Anexo III). A P5 apresentou um *score* inicial de quatro em 28, com alterações mais evidentes no equilíbrio dinâmico. Ao longo do programa, a P5 apresentou ganhos no equilíbrio estático e dinâmico com *score* à data de alta de 12 em 28 (Tabela 16).

Atividade	Pontuação	
	07/11/2023	15/11/2023
1	1	2
2	1	1
3	0	1
4	0	1
5	0	1
6	0	1
7	0	0
8	0	0
9	0	1
10	0	0
11	1	1
12	1	1
13	0	1
14	0	0
15	0	0
16	0	0
17	0	1
18	0	0
19	0	0
Pontuação total	04 (em 28)	12 (em 28)

Tabela 16: Preenchimento do Índice de Tinetti de P5. Fonte: adaptado de Apóstolo (2012)

Dor

A P5 referiu dor grau cinco na escala numérica (Anexo V), apenas na avaliação inicial, principalmente durante as mobilizações no MSE, que cediam com a administração de analgesia e realização de massagem terapêutica. Na avaliação intermédia a dor foi de grau dois e à data da avaliação final, a P5 não apresentava dor.

6.6. Estudo de Caso 6

O Participante 6 (P6), com 69 anos de idade, do sexo masculino, reside com a esposa, num apartamento rés-do-chão, no centro da cidade. Encontra-se reformado, e passa o dia em casa, na companhia da esposa. Refere que gosta de sair de manhã e comprar o jornal. De antecedentes pessoais apresenta DM e artrite reumatoide.

O P6 veio ao serviço de urgência a 01/11/2023, por alterações da força muscular no hemicorpo esquerdo e alterações da comunicação (disartria). Ficou internado no serviço de medicina com o diagnóstico de um AVC isquémico da artéria cerebral média esquerda. Encontrava-se com um *score* de 15 na Escala de Coma de Glasgow (com abertura ocular espontânea, com resposta verbal orientada e obedecia a ordens), com pupilas isocóricas, diminuição da força à direita, sem neglet e sem alterações da deglutição.

Foram realizadas três avaliações em momentos diferentes: a avaliação inicial, a avaliação intermédia e a final. Após a avaliação inicial, foi possível identificar os seguintes diagnósticos de ER: Movimento Muscular, Diminuído; Equilíbrio, Comprometido; Andar, Comprometido; Autocuidado, Comprometido; Comunicação, Comprometida. O plano de intervenção com este participante teve a duração de quatro sessões de 45 minutos.

Funcionalidade

O P6 apresentava previamente ao internamento, um *score* de 111 na MIF (Anexo I), o que indica uma independência completa. Na avaliação inicial do P6, esse *score* foi de 52, tendo o utente evoluído positivamente ao longo da realização do plano de ER e, na avaliação intermédia, apresentava um *score* de 68 (Tabela 17). Por fim, na avaliação final, o P6 apresentava um *score* de 84. As alterações mais significativas no P6 encontravam-se ao nível dos autocuidados, das transferências e da marcha. Após a implementação das intervenções de ER, que consistiram no ensino e treino de autocuidados, fortalecimento da força muscular, prevenção da espasticidade, treino de equilíbrio, fornecimento (com ensino e treino) de auxiliar de marcha, foi possível melhorar o grau de dependência funcional.

Avaliação	03/11	06/11	11/11
Total	52	68	84

Tabela 17: Avaliação da MIF, P6. Fonte: Adaptado de Direção-Geral da Saúde (2011)

Qualidade de Vida

Relativamente à perceção da QV, que foi avaliada através do questionário EQ-5D-3L (Anexo III), verificou-se uma evolução positiva no que diz respeito a todos os grupos, conforme a Tabela 18.

	Avaliação inicial (03/11/2023)	Avaliação intermédia (06/11/2023)	Avaliação Final (11/11/2023)
Mobilidade	3	2	2
Cuidados Pessoais	3	2	2
Atividades Habituais	3	3	2
Dor/Mal-estar	2	2	1
Ansiedade/Depressão	2	2	2

EQ-VAS	40	55	75
---------------	----	----	----

Tabela 18: Avaliação da Qualidade de Vida do P6. Fonte: Adaptado de Ferreira et al., (2013)

Força Muscular

As alterações da força muscular encontram-se no hemisfério direito, tal como avaliado no Apêndice X. Esta monitorização permitiu verificar que o P6 apresentou, ainda que ligeira, uma melhoria na avaliação da força muscular, tanto no membro superior, como no membro inferior. O plano de ER focou-se na realização de exercícios musculares e articulares (exercícios passivos, ativo-assistidos ou ativo-resistidos, adaptados aos resultados da avaliação), incorporando todos os segmentos. No final, verificou-se que P6 alcançou os resultados pretendidos, na medida em que a avaliação, através da escala *Medical Research Council*, permite verificar que existiu um aumento da força muscular, nos vários segmentos. Os ensinamentos realizados, que promoveram as capacidades e os conhecimentos de P6.

As intervenções realizadas, em três séries de 10 repetições, seguiram-se de períodos de pausa e relaxamento. No primeiro dia os exercícios foram realizados no leito, dado que o P6 no primeiro dia não tinha ainda indicação para levantar (aguardava a TC-CE de controlo); a partir do segundo dia do plano de ER, as mobilizações foram realizadas no cadeirão.

Equilíbrio

Para a avaliação do equilíbrio, foi utilizado o Índice de Tinetti (Anexo III). O P6 apresentou um *score* inicial de cinco em 28. Com a realização do programa de ER, o P6 apresentou ganhos no equilíbrio estático e dinâmico com *score* à data de alta de 14 em 28 (Tabela 19).

Atividade	Pontuação	
	05/11/2023	11/11/2023
1	1	2
2	1	1
3	0	1
4	0	1
5	0	1
6	1	1
7	0	1
8	0	1
9	0	0
10	0	0
11	0	1
12	0	0
13	1	1
14	1	1
15	0	0
16	0	0
17	0	1
18	0	1
19	0	0

Pontuação total	05 (em 28)	14 (em 28)
------------------------	-------------------	-------------------

Tabela 19: Preenchimento do Índice de Tinetti de P6. Fonte: adaptado de Apóstolo (2012)

Dor

O P6 não referiu dor ao longo dos dias, durante a realização do plano de ER, sendo de grau zero na escala numérica (Anexo V).

Comunicação

O P6 apresentava disartria, tornando o discurso por vezes pouco perceptível. Foram realizadas intervenções de ER, mas os ganhos em relação a esta alteração da comunicação devem-se também às intervenções realizadas com a terapeuta da fala, num trabalho multidisciplinar. Foram realizados exercícios de controlo da respiração; de mímica facial (sorrir, mostrar os dentes, assobiar, encher a boca de ar e fazer depressão do lábio inferior); foi incentivado a comunicar em voz alta, mesmo quando não estava acompanhado; e foi utilizado o espelho para observação das assimetrias da face. Apesar das intervenções, o P6 manteve à data da alta a disartria, com impacto negativo no discurso.

6.7. Resultados e diagnósticos

As intervenções realizadas foram personalizadas às necessidades de cada participante, e procuraram a obtenção de ganhos em saúde. Após análise destes dados, constata-se que a intervenção do EEER levou a uma melhoria significativa na funcionalidade e no equilíbrio. De referir que existe uma diferença significativa em todas as atividades motoras e cognitivas avaliadas através da MIF, evolução essa que também é significativa no que se refere ao total do nível de dependência. No Gráfico 12 podemos confirmar que na avaliação inicial a média encontrada para o grau de dependência é de 51.1 pontos, tendo passado para 92 pontos na avaliação final, o que indicou que o nível de independência funcional dos participantes aumentou consideravelmente após a intervenção do EEER.

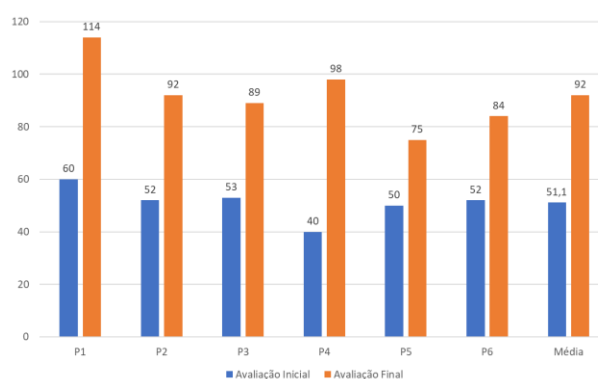


Gráfico 12: Avaliação da funcionalidade de cada participante e avaliação média, através da MIF

Em relação ao equilíbrio, os exercícios realizados com os participantes incluíam treino de equilíbrio estático e dinâmico, com mudanças na base de sustentação e com um aumento da complexidade das posições. Foram realizados exercícios respiratórios (de aquecimento), exercícios de rolar no leito; exercício da ponte e de rotação controlada da anca (no leito); exercícios de facilitação cruzada; exercícios de contração isométrica dos glúteos; exercícios de carga no cotovelo, no leito; realização de levante, assumindo a posição de sentado; recorreu-se ao uso do espelho quadriculado para avaliação da postura. Na posição sentada: os participantes foram auxiliados a movimentar-se sentado, a estabilizar o tronco com os braços apoiados na cama/cadeirão; foram realizados exercícios de dorsiflexão da articulação do tornozelo; exercícios de olhos fechados dedo-nariz. Foi realizado treino de equilíbrio na posição ortostática: apoiados numa superfície estática e firme (como o andarilho ou uma cadeira), foram realizados exercícios de se colocarem na ponta dos pés e em calcanhares; foi realizado treino de equilíbrio com correção postural, recorrendo ao espelho quadriculado, também quando em posição ortostática. Foram fornecidos dispositivos auxiliares de apoio ao equilíbrio (como o andarilho); realizou-se treino de exercícios de sentar e levantar; treino de marcha controlada e todos os utentes foram elucidados acerca do risco e fatores de queda.

Através da interpretação dos resultados, foi possível perceber que existiu uma melhoria significativa no equilíbrio, passando de uma avaliação inicial média de 7.5 pontos no Índice de Tinetti, para uma avaliação final média de 18.2 pontos (conforme o Gráfico 13).

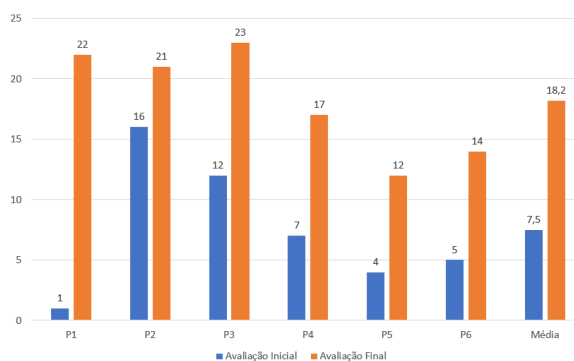


Gráfico 13: Avaliação do equilíbrio corporal de cada participante e avaliação média, através do Índice de Tinetti

7. DISCUSSÃO

Após a apresentação de cada estudo de caso, realiza-se agora uma análise crítica, de forma a possibilitar uma melhor compreensão dos ganhos em saúde com o papel do EEER. O alvo da intervenção do EEER é a pessoa, independentemente da fase de vida em que se encontra, das necessidades que possui e do contexto. Com base nas etapas do processo de enfermagem, a intervenção de ER centrou-se na capacitação, na funcionalidade e na QV, principalmente perante um processo de transição de saúde para doença, em que existe um impacto na capacidade para a realização dos autocuidados e das atividades do dia-a-dia (Ribeiro, Faria, et al., 2021).

Cada participante tem a sua individualidade, identidade e papéis na sociedade, e estas dimensões pessoais devem ser consideradas para que o plano de cuidados seja eficaz e o EEER seja visto como um parceiro no processo dos cuidados, procurando a maximização do potencial máximo de cada utente (Matos, 2019). Numa revisão dos dados sociodemográficos, percebemos que estes vão de encontro aos previamente identificados, de que os serviços de internamento se encontram lotados com utentes idosos, frágeis, com múltiplas patologias, onde mais de 75% dos utentes tem mais de 65 anos de idade, cujas intervenções de ER se centram na prevenção da doença, promoção da saúde e visam a minimização da dependência para a realização das AVD's, que decorrem da situação de doença vivenciada por cada pessoa (Lopes et al., 2023). Relativamente ao diagnóstico principal, destaca-se que a grande maioria dos casos se deve às doenças cerebrovasculares, como é o caso do AVC, o que vai de encontro a estudos já previamente realizados, já que são a principal causa de morte e incapacidade em Portugal (Araújo et al., 2021; Monteiro, 2018).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística, quase 60% da população idosa reside sozinha ou exclusivamente com outros idosos, tendência essa que se tem vindo a acentuar pela evolução do processo de envelhecimento da população (Moreira, 2020). Os participantes deste projeto viviam maioritariamente com o cônjuge, que se assumirá como cuidador informal aquando da alta, em grande parte dos casos. Deste modo, foi fundamental desenvolver estratégias que se traduzam numa redução dos episódios de doença (que provocam internamentos e situações de incapacidade funcional, com redução da QV) e internamentos frequentes. Um internamento mais longo provoca uma maior imobilidade, o que se repercute nos vários sistemas orgânicos do utente, tornando-se imperativo contrariar os efeitos da imobilidade, promovendo a mobilização precoce do idoso.

Em Portugal, cerca de 21.7% dos idosos apresenta limitações no desempenho dos seus autocuidados e cerca de 50.3% das pessoas com mais de 65 anos de idade apresenta dificuldades na realização das tarefas domésticas (Moreira, 2020). Após a análise dos resultados, verificou-se que a capacidade funcional, com a manutenção da força muscular e do equilíbrio, são essenciais para a realização das tarefas do dia-a-dia, tal como refere Preto et al. (2016). Perante uma situação de dependência, o autocuidado emerge como conceito central nos cuidados de ER, onde os planos visaram a promoção da capacidade funcional dos participantes, nomeadamente dos autocuidados, resultando numa maior independência funcional, um aumento da QV e uma transição mais segura para o domicílio, aquando da alta clínica. Ao analisarmos os dados dos participantes, é perceptível que todos apresentaram ganhos em relação à funcionalidade, avaliada através da MIF, visto que todos evoluíram de uma dependência modificada com assistência até 50% da tarefa, na avaliação inicial, para uma dependência modificada, com assistência até 25% da tarefa, na avaliação final. Apenas um participante retomou ao estado de independência completa. Conseguimos assim concluir que foram obtidos ganhos na funcionalidade dos utentes submetidos ao processo de ER, com uma melhoria no desempenho do autocuidado e, conseqüentemente, das AVD's, o que vai de encontro ao referido pela Ordem dos Enfermeiros (2018), ao afirmar que a excelência dos cuidados de ER traz ganhos em saúde na prevenção de incapacidades e na recuperação de capacidades.

Os exercícios de treino da força muscular permitem o fortalecimento muscular, prevenindo a síndrome de desuso associada ao repouso no contexto de internamento (Preto et al., 2016). A realização do programa de ER com exercícios ativos e ativo-resistidos permitiu aumentar o grau de força muscular de todos os participantes, o que se traduz num melhor desempenho funcional dos mesmos, contribuindo para a sua independência funcional e QV.

O equilíbrio é a base para a execução das AVD's, e destaca-se a conexão existente entre a funcionalidade e o equilíbrio, associados à força muscular, a fim de permitir à pessoa a capacidade para realizar as AVD's. Com o envelhecimento, há uma diminuição do equilíbrio, da funcionalidade e da força muscular, processo esse que pode ser acelerado por doenças crónicas e inatividade, comprometendo a capacidade para a realização dos autocuidados (Alfieri et al., 2016). Com o objetivo de melhorar o equilíbrio corporal, foi aplicado o Índice de Tinetti aos participantes, sendo que na avaliação inicial todos apresentavam alterações. Estes dados vão também de encontro ao descrito por Gil et al. (2020), que refere que os utentes com síndrome de desuso apresentam alterações do equilíbrio e uma condição de fragilidade, com défice no desempenho das AVD's. O facto de a estabilidade postural diminuir com a idade, significa que é necessário um treino de ER com exercícios que potenciem a força muscular.

Em relação à QV, todos os participantes evoluíram de forma positiva nos vários domínios que constituem o instrumento EQ-5D-3L. A intervenção nos focos do conhecimento e da capacitação, permite o empoderamento, de forma que se desenvolvam capacidades para lidar com os desafios do dia-a-dia, decorrentes do processo de transição de saúde-doença, comum a todos os participantes (Sousa et al., 2020). A capacitação dos mesmos, atendendo às limitações, e no sentido de maximizar a sua funcionalidade e realização das AVD's, permitiu uma melhoria da capacidade para participação na sociedade e uma conseqüente melhoria da percepção de QV relacionada à saúde. Os resultados do estudo de Costa et al. (2020) permitem verificar que quanto mais independente é o idoso, melhor é a sua QV, dado que a dependência funcional gera vulnerabilidade, comprometendo o bem-estar.

Durante a prestação de cuidados de ER, o EEER deve implementar e monitorizar as suas intervenções, não esquecendo que a dor é uma experiência sensorial, emocional e subjetiva, amplamente observada na prática dos enfermeiros. A pessoa com dor tende a diminuir a sua atividade, o que pode resultar em rigidez articular, diminuição da força muscular, perda de massa muscular, o que pode, por sua vez, agravar a condição dolorosa, com impacto no processo de reabilitação. O controlo da dor é um direito que assiste a todos os utentes e, no âmbito da prestação de cuidados de ER, o controlo da dor e a promoção do conforto são indispensáveis à recuperação da capacidade funcional e independência (Fialho et al., 2023; Gonçalves, 2014). Com a intervenção do EEER, os participantes que referiram dor durante e após a realização de exercícios de ER, principalmente na avaliação inicial, com a administração de terapêutica analgésica e massagem terapêutica, a dor cedeu.

De facto, a otimização da capacidade funcional, QV, equilíbrio, força muscular e dor do utente idoso, ao longo do internamento, permite reconhecer a importância dos programas de ER.

8. GANHOS EM SAÚDE

A intervenção do EEER permite ganhos em saúde, recuperação da capacidade funcional, realização das AVD's e QV, sendo importante analisar de que forma as diferentes abordagens produzem ganhos em saúde (Santos et al., 2020). De modo a comprovar os ganhos em saúde obtidos através da intervenção do EEER, é necessário dar resposta aos enunciados descritivos determinados pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O exercício profissional dos EEER traz ganhos em todos os contextos da prática, influenciando a qualidade dos cuidados (Martins et al., 2018). De acordo com Ordem dos Enfermeiros (2018), são oito os enunciados descritivos dos padrões de qualidade: satisfação, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, reeducação funcional, estigma e exclusão social e organização dos serviços de enfermagem.

Com base na intervenção do EEER à pessoa com alteração da funcionalidade, pode afirmar-se que a intervenção destes profissionais possibilita ganhos em saúde ao nível dos vários enunciados descritivos referidos.

Em relação à satisfação e ao bem-estar, o EEER identifica os problemas que contribuem para a diminuição destes, implementa e avalia as intervenções que contribuam para o aumento do bem-estar e para a realização das AVD's e referencia situações problemáticas identificadas (Martins et al., 2018). Com o aumento da prevalência das doenças crónicas incapacitantes e da crescente procura de cuidados por parte de pessoas dependentes, é notório o impacto do papel do EEER na independência, autonomia e satisfação da pessoa, relacionada com a necessidade de um envelhecimento saudável e com bem-estar. Mais do que a ausência de doenças, para que uma pessoa se sinta saudável e com satisfação, é necessário bem-estar nas mais variadas formas. É ainda importante referir que a inclusão de pessoas significativas neste processo é um fator importante para uma satisfação do utente (Graça, 2023).

Em relação à promoção da saúde e também à prevenção de complicações, o EEER identifica situações de saúde e os recursos do utente e da família, promove a adoção de estilos de vida saudáveis, fornece informação geradora de aprendizagens e capacidades, atua identificando problemas potenciais, implementa intervenções com vista à prevenção de complicações e avalia as mesmas, de modo a evitar efeitos indesejáveis ou problemas (Martins et al., 2018). Assim, as intervenções de ER centram-se na prevenção da doença, promoção da

saúde e visam a minimização da dependência para a realização das AVD's (Lopes et al., 2023; Ribeiro, Faria, et al., 2021).

Um plano de ER tem como objetivo a recuperação dos défices a que o utente está sujeito, de modo a obter uma QV com dignidade e independência, pelo que o EEER deve fazer uma avaliação minuciosa do indivíduo, para que formule diagnósticos de enfermagem e atue de acordo com as necessidades identificadas, adaptadas a cada situação, para que se minimize o impacto das alterações da funcionalidade no dia-a-dia do utente e pessoas significativas (Matos, 2019).

No que concerne a readaptação e reeducação funcionais, o EEER dá continuidade ao processo de cuidados, planeia a alta de acordo com as necessidades e os recursos de cada utente, otimiza as capacidades dos utentes e cuidadores e ensina e treina o utente face à adaptação requerida (Martins et al., 2018).

Em relação ao descritivo da inclusão social, o EEER deve capacitar o utente e os seus familiares, criando um ambiente acessível a todos. Cabe ainda a este profissional sensibilizar, informar e formar para o tema da acessibilidade, assegurando a mesma em espaços tanto privados, como principalmente públicos e deve ainda fomentar a participação dos utentes com alterações funcionais na sociedade, tornando-se um agente da mudança (Pereira et al., 2021).

Em relação à organização dos cuidados de enfermagem, o EEER deve dominar os sistemas de registos de enfermagem, conhecer as políticas do local de trabalho e procurar ser membro ativo da partilha e melhoria de conhecimento (Martins et al., 2018). A divulgação é necessária para gerar novos conhecimentos e avaliar as práticas existentes, dado que só assim é possível uma evolução da profissão. As estratégias de divulgação de conhecimento incluem publicações dos resultados de investigação, apresentações em conferências e a partilha de conhecimento dentro da própria organização. Ao se partilhar o conhecimento, contribui-se para a eficiência do plano de qualidade a nível organizacional. Apesar do aumento de publicações em bases de dados científicas, é necessário continuar a impulsionar a formação e publicação de artigos científicos por parte dos EEER, de forma a evidenciar o papel da ER em Portugal (e no mundo) (Fernandes et al., 2019).

9. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Este capítulo destina-se à análise reflexiva das atividades realizadas ao longo dos estágios e das competências adquiridas e desenvolvidas, sustentando a intervenção no que refere às competências comuns do enfermeiro especialista, específicas do EEER e de mestre.

O conceito de competência é definido como um conjunto de atributos ou características (sejam estas qualificações, capacidades ou conhecimentos) que possibilitam afirmar que determinada pessoa tem o perfil para exercer certa função. Transpondo esta afirmação para a profissão de enfermagem, verifica-se que a formação é um dos grandes pilares do desenvolvimento das competências dos enfermeiros, cujo conhecimento precisa ser constantemente aprofundado e especializado. Assim sendo, os enfermeiros desenvolvem as suas competências em contextos de especificidade e complexidade, onde os estágios surgem como a base do desenvolvimento teórico-prático, completando a formação teórica com o conhecimento da prática clínica, dado que nem todo o conhecimento dos enfermeiros vem do que é aprendido em contexto unicamente teórico, mas sim numa perspetiva teórico-prática, enquadrada num contexto analítico e reflexivo (Fernandes & Sá, 2021).

9.1. Competências comuns do Enfermeiro Especialista

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019), publicado no Diário da República, 2.ª série - N.º 26 - 6 de fevereiro de 2019, os enfermeiros especialistas possuem competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados especializados num determinado domínio de enfermagem, e a quem foi atribuído o título de enfermeiro especialista numa das especialidades previstas pelo estatuto. Como tal, é expectável que atuem nas dimensões de educação, orientação, aconselhamento, liderança e investigação. Os domínios que regem a prática dos enfermeiros especialistas são o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; o domínio da melhoria contínua da qualidade; o domínio da gestão dos cuidados e, por fim, o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2019).

9.1.1. Competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

A ética profissional regula a relação de um profissional com aqueles a quem presta serviço. O exercício dos enfermeiros tem como foco a prestação de cuidados ao outro, estabelecendo com este uma relação terapêutica. O alvo dos cuidados é alguém que, pelo estado de saúde, se

encontra vulnerável, mais dependente e num processo de transição de saúde-doença. O agir do enfermeiro baseia-se num comportamento que respeita o ser humano e os seus valores, o que implica garantir os seus direitos e deveres, tendo como base princípios éticos, sendo estes a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça (M. Vasconcelos, 2021).

É com base nestes princípios que tem de assentar a prática desenvolvida pelo enfermeiro, com vista a que as decisões tomadas tenham um impacto positivo no utente. A responsabilidade profissional, ética e legal materializa-se numa tríade constituída pelos deveres, competências e qualidade. A responsabilidade profissional implica uma competência profissional, em que a tomada de decisão deve ser sensata e pensada com juízo crítico, pois o direito a cuidados de saúde é uma exigência do direito à vida, pelo que, a função da ética em enfermagem é orientar a prática do enfermeiro para o bem-estar do utente (Nunes, 2016).

A enfermagem é uma profissão que está virada para a ação, mas não possui soluções fáceis nem “ao virar da esquina” para os novos problemas que vão surgindo no dia-a-dia. Nenhum processo mágico garante a resposta adequada a todas as situações: há muito pouco de absoluto na prática de enfermagem; o que existe é um raciocínio clínico, ético e legal a pesar antes de passar à ação (Pedrosa, 2004). A responsabilidade é a maior virtude que um profissional pode possuir. O agir, na profissão, implica responsabilidade, principalmente quando o resultado das ações irá influenciar a vida dos utentes (Ramos et al., 2013).

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, são analisadas situações que abordam o respeito pela privacidade do utente, o dever de sigilo profissional, o dever de informar, e o consentimento informado. O perfil de competências do enfermeiro especialista é essencial para tomar decisões e definir o seu território de ação. Muitas vezes na prática, não se atenta às competências que estão na base do desempenho da área profissional específica, mas a principal responsabilidade do enfermeiro especialista (neste caso em ER) é o de respeitar a dignidade do utente, proteger os seus direitos e zelar pela qualidade dos cuidados e pela segurança dos mesmos, e isto é conseguido ao agir de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (Nunes, 2014). De acordo com o *International Council of Nurses*, os enfermeiros têm a obrigação de salvaguardar os direitos humanos, em toda e qualquer situação. Devem assegurar que os cuidados são prestados com os recursos disponíveis, de acordo com a ética, e deve assegurar-se que os utentes recebem a informação apropriada para consentirem na realização de tratamento ou procedimentos, inclusive em programas de investigação (Nunes, 2016).

Durante a realização dos estágios, e para o desenvolvimento destas competências, agi com base no respeito pela promoção e proteção dos direitos humanos, promovendo a privacidade, a

segurança e a dignidade dos utentes, atendendo às suas características pessoais. Enquanto enfermeira, a adoção de uma atitude técnica e ética, deve pautar-se por ações críticas e reflexivas, em conformidade com a Carta dos Direitos do Doente Internado, nomeadamente no que é descrito no ponto nove, que vai de encontro ao artigo 106.º do Código Deontológico do Enfermeiro, que ressaltam o dever de sigilo profissional, em que todas as informações acerca do utente são confidenciais. Para além disto, a ação do cuidar em enfermagem foi regida pelo planeamento de intervenções com vista a resolução dos problemas previamente identificados, procurando tornar o utente e a sua família/cuidador, parceiros nos cuidados e na tomada de decisões, informando os intervenientes para que fossem tomadas decisões conscientes.

Em relação ao Estágio Final, procurou-se respeitar a dignidade, privacidade e anonimato dos participantes, que foram, de antemão, informados e esclarecidos sobre o projeto, para que participassem de forma voluntária, livre e esclarecida. Ao longo de todas as atividades com os utentes, foram realizados ensinamentos sobre os programas de ER, quais os diagnósticos verificados, os resultados esperados e as intervenções a serem realizadas, pois o enfermeiro deve informar, segundo o artigo 105.º do Código Deontológico, o indivíduo no que diz respeito aos cuidados, e deve respeitar, defender e promover o direito do utente ao consentimento informado, esclarecendo sempre que necessário, de forma a que o utente possua toda a informação e recursos a que pode ter acesso.

Após a salvaguarda do consentimento informado e do respeito pelos direitos do utente, foram realizadas intervenções com vista a alcançar os objetivos previamente estabelecidos, para uma melhoria da capacidade funcional, da QV, do equilíbrio e da força muscular, respeitando a privacidade, segurança, conforto e valores dos utentes.

9.1.2. Competências no domínio da melhoria contínua da qualidade

O conceito de qualidade em saúde é descrito como a aquisição dos maiores benefícios em função dos valores sociais existentes e dos recursos disponíveis, em detrimento do menor risco para o utente, e tem três dimensões: a técnica, a interpessoal e a ambiental (Santos, 2021). No domínio da melhoria contínua da qualidade, são enaltecidas as atividades que proporcionam a qualidade e a segurança dos cuidados, são identificadas as oportunidades de melhoria e apresentadas estratégias de resolução, nas áreas dos registos, metodologia de trabalho e formação em serviço (Marques, 2018).

Segundo o que se descreve no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, é necessário que os mesmos desempenhem um papel dinamizador de iniciativas

na área da governação clínica, que desenvolvam práticas de qualidade, colaborando em programas de melhoria contínua e que garantam um ambiente seguro.

Como tal, para saber aplicar os conhecimentos e capacidades de compreensão e resolução de problemas em novas situações, num novo contexto e em equipas multidisciplinares, e com objetivo da procura da melhoria contínua da qualidade, foi essencial a recolha de dados através de pesquisa bibliográfica e dos protocolos do serviço, para que a minha integração nos mesmos fosse facilitada, de forma a compreender as dinâmicas, a constituição das equipas multidisciplinares e de forma a contribuir para um ambiente mais seguro na prestação dos cuidados.

Com base nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, definidos pela Ordem dos Enfermeiros, emergem as linhas condutoras de tomada de decisão baseada em evidência, isto é, o enfermeiro deve incorporar os resultados da investigação na sua prática, considerando os princípios humanistas e a satisfação dos utentes (Marques, 2018). Esta reflexão sobre a necessidade de proporcionar cuidados de qualidade foi a minha linha orientadora para o estágio final, onde procurei identificar e contribuir para oportunidades de melhoria. Neste sentido, a melhoria contínua da qualidade dos cuidados traduz-se na obtenção de ganhos em saúde, respondendo às necessidades dos utentes e exigências dos cuidados. A participação em programas de saúde, com constante interação com pares e peritos, torna-se uma mais-valia no sentido de possibilitar momentos de aprendizagem e partilha de experiências. No serviço de medicina interna, participei nas reuniões do núcleo de EEER, onde era promovida a partilha de conhecimentos e experiências, onde eram delineadas atividades para o centro hospitalar em áreas da reabilitação e identificadas situações alvo de melhoria, como os acessos físicos ao edifício do hospital. O objetivo principal deste núcleo é melhorar a qualidade dos cuidados prestados nos diferentes serviços.

Ainda no mesmo serviço, e com o objetivo de prevenir lesões músculo-esqueléticas, foram sensibilizados os colegas enfermeiros e os estudantes de enfermagem, para posturas ergonómicas corretas, através de uma boa base de sustentação, de coordenação músculo-esquelética, postura e alinhamento corporal, na realização de atividades de levante e transferências de utentes.

A elaboração de material educativo para aquisição de conhecimento e melhoria dos cuidados, deve seguir um processo de seleção de conteúdos, com consequente revisão e avaliação. Estes devem ser relevantes, compreensíveis e informativos, redigidos em linguagem simples e adequada ao nível de alfabetização do público-alvo e apresentados de forma organizada e estruturada. Para que o seu conteúdo seja de boa qualidade, é imprescindível que

seja fundamentado com base na melhor evidência científica e que se realize uma revisão pelos alvos e pelos pares. A literacia em saúde é necessária para mudanças de comportamento e adoção de estilos de vida saudáveis (Siquenique, 2022). Ao longo do estágio final, realizei dois folhetos informativos: um para os familiares que visitavam os utentes internados no serviço de medicina (Apêndice I), onde foram abordados os sinais e sintomas do AVC, e outro destinado aos utentes da UCC (Apêndice III), com vista a promover o plano de ER, adaptado a cada utente, no domicílio. No segundo contexto do estágio final, realizei ainda uma formação em serviço (Apêndice XI), com vista a colmatar falhas na manutenção de um ambiente seguro de prevenção de quedas no domicílio dos utentes seguidos pela UCC, dado que, atualmente a temática das quedas é vista como um indicador de qualidade dos cuidados de saúde prestados, podendo culminar em limitações da capacidade funcional e conseqüente redução da QV (Ferreira, 2022).

Neste último contexto do estágio final, e atendendo a que é evidente, atualmente, a problemática das alterações degenerativas da coluna em crianças em fase de crescimento, realizei uma intervenção no âmbito da saúde escolar, com ação voltada para a sobrecarga física associada ao peso excessivo das mochilas, com vista à adoção de posturas corretas e atividade física, no sentido de contribuir para elevar o nível de literacia para a saúde, nas crianças, melhorar o nível de QV das mesmas, com ganhos em saúde a médio e longo prazo (Apêndice II). Foi ainda realizado o curso massagem terapêutica e aplicação de bandas neuromusculares (Anexo IX), dado ser um conhecido método que se baseia no princípio de que o movimento e a atividade muscular são imprescindíveis para manter ou recuperar a capacidade funcional. Este método preserva a função muscular sem limitar os movimentos, permitindo a melhoria da função circulatória pela redução da pressão, do edema e da dor.

9.1.3. Competências no domínio da gestão dos cuidados

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, estes devem gerir os cuidados de enfermagem com o objetivo de melhorar as respostas da sua equipa com a equipa multidisciplinar, ajustando a liderança para gerir recursos humanos e materiais, nas diversas situações e contextos, garantindo a qualidade dos cuidados prestados (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2019).

Em consonância com o referido, a gestão dos recursos humanos e materiais fez parte do ensino clínico final, dado que os enfermeiros supervisores tinham turnos e tarefas de apoio à gestão, na organização de horários da equipa de enfermagem e na gestão e pedidos de material. Para além disto, ressalva-se a necessidade de, em cada turno, coordenar a prestação de cuidados

com a restante equipa multidisciplinar, com os enfermeiros de cuidados gerais, os fisioterapeutas, a terapeuta da fala, a terapeuta ocupacional, de forma a maximizar a intervenção de cada profissional com os utentes, para potenciar os ganhos em saúde dos mesmos.

Realço ainda a colaboração e o interesse em perceber o processo de gestão do serviço, supervisionar e otimizar as respostas da equipa de enfermagem, para promover cuidados de qualidade e adequar estilos de liderança, criando um ambiente no qual os intervenientes da equipa estejam motivados, comuniquem e partilhem a sua visão e missão. Uma boa liderança, com uma comunicação adequada e uma escuta ativa, incentiva à aprendizagem e garante uma melhoria dos cuidados prestados (Siquenique, 2022). Uma liderança eficaz resulta de um processo de motivação, envolvimento e estimulação das pessoas na visão, inovação e mudança constante e é resultado de uma interação entre o líder e os liderados. Competências intelectuais, de gestão, sociais e emocionais que se inter-relacionam e influenciam, são requisitos para uma liderança eficaz (Santos, 2021).

Durante o estágio, os planos de cuidados de ER foram realizados de forma individual e adaptada a cada utente, sempre validados previamente com os enfermeiros supervisores, otimizando o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, garantindo um grau de excelência dos cuidados prestados. A aquisição destas competências também foi possível pelo facto de participar nas reuniões multidisciplinares semanais, onde estavam presentes outros enfermeiros especialistas, médicos, fisioterapeutas, assistentes sociais, enfermeiros da equipa de gestão de altas, entre outros, que abordavam o grau de participação dos utentes nos cuidados, abordagens terapêuticas e o plano de alta hospitalar, a avaliação das necessidades e recursos no domicílio e, caso fosse necessário, era articulado com os cuidadores a necessidade de produtos de apoio, a existência de barreiras arquitetónicas, o acesso a sistemas e serviços da comunidade. Estas reuniões possibilitavam a perceção do entendimento do utente sobre o processo de doença e as suas incapacidades funcionais, possibilitando a adaptação do plano de ER aos objetivos a conseguir, permitindo também o envolvimento e empoderamento dos familiares cuidadores, fazendo destes elementos aliados ao processo de cuidar, confirmando a vertente da gestão de cuidados que visa a qualidade e a alta hospitalar de forma segura.

Foi-me também possível estabelecer uma relação de proximidade com a equipa de fisioterapeutas, dado que o plano de reabilitação dos utentes era discutido com estes, pois o objetivo final trata-se da maximização dos ganhos obtidos, rentabilizando os recursos existentes e promovendo o bem-estar e satisfação do utente, o que é comum às duas profissões. Neste sentido, foi-me possível uma troca de aprendizagens, bem como uma colaboração com estes profissionais, contribuindo para uma maior aquisição de competências na gestão dos cuidados.

No contexto do estágio no serviço de medicina, saliento a articulação também com a assistente social, dada a importância da transição para o domicílio, demonstrando preocupação no sentido de encaminhar as situações necessárias para a mesma, para que fossem realizadas as diligências necessárias para encaminhamento, fosse este para apoio domiciliário, RNCCI ou até mesmo para lar.

Com vista à continuidade dos cuidados, foram realizados registos de ER no sistema informático e foi identificado no quadro de informação do serviço, quais os utentes alvos dos cuidados do EEER, de forma que os mesmos fossem incentivados à realização do plano de ER mesmo quando o EEER não se encontrava a realizar turno. Aquando da alta clínica, sempre que possível, era transmitida à família a informação relevante sobre os cuidados de reabilitação, encarando a mesma como parte integrante dos cuidados.

Em suma, foi assumida a responsabilidade pela otimização do plano de cuidados, potenciando o trabalho em equipa, numa equipa multidisciplinar, e rentabilizando os recursos existentes nos contextos dos estágios.

9.1.4. Competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Tal como explanado no Código Deontológico que rege a profissão, todos os enfermeiros devem exercer com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, de forma a atingirem o maior nível de saúde e bem-estar, através de metodologias recentes, eficientes e eficazes, com o menor sofrimento e melhor QV do utente (Nunes et al., 2005).

A formação é uma responsabilidade do enfermeiro, pelo que devem comprometer-se num processo contínuo do desenvolvimento dos seus conhecimentos, habilidades e atitudes, para manter a sua competência na prática (Fernandes & Sá, 2021). Uma prática baseada na evidência é essencial para o exercício profissional do enfermeiro. Por isso, durante os estágios, o desenvolvimento de conhecimentos fez-se através das aprendizagens das aulas teóricas e teórico-práticas do mestrado, que foram diariamente aplicadas, fez-se por meio de pesquisas de artigos em bases de dados e leitura de livros sobre os temas analisados, o que permitiu aprofundar o nível de conhecimentos, fundamentar a prática dos cuidados e suportar as atividades formativas realizadas. Foi realizado um poster, um folheto e duas ações de formação, como descrito anteriormente (Apêndices I, II, III e XI) após a identificação das necessidades de formação e de intervenção nas equipas. De salientar que também a partilha de informação com os enfermeiros supervisores, os professores orientadores e os demais enfermeiros especialistas, foi importante para o desenvolvimento desta competência.

Para além dos ensinamentos clínicos, foram realizados dois dias de observação na Unidade de Treino de AVD's do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, que permitiu a observação da prática das EEER durante a prestação de cuidados a utentes com alteração da capacidade funcional, com impacto na realização dos autocuidados, que foram aqui incentivados e treinados, com recurso a produtos de apoio e onde foi também abordada a necessidade de adaptação do domicílio do utente aquando da alta.

Também a realização de uma *scoping review* (submetida em revista indexada à SCOPUS) contribuiu para aquisição de conhecimentos, visando o desenvolvimento de competências e ganhos em saúde. Uma *scoping review* é vista como um método sistemático, que permite identificar e sintetizar estudos, possibilita assimilar os seus resultados no âmbito da prática clínica e é um dos alicerces para a prática baseada na evidência (Sousa et al., 2018).

9.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

A reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permitem ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com sequelas, a maximizar a sua capacidade funcional, através da melhoria da funcionalidade e da independência, com vista à satisfação pessoal. Após verificar os problemas dos utentes, cabe ao EEER conceber e implementar plano de ER que assegurem a manutenção das capacidades funcionais dos utentes (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, 2019). Ao longo do percurso académico, todas as atividades desenvolvidas tinham como objetivo a aquisição de competências específicas do EEER.

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

Foi realizada uma avaliação individualizada de cada utente, tendo em vista as suas necessidades, para a realização do seu plano de intervenções de ER, através da identificação das suas limitações e incapacidades.

A avaliação inicial permite compreender e estabelecer prioridades de implementação de intervenções de ER e, para a realização do plano de ER, o EEER recorre não só ao utente, mas também aos recursos ao seu dispor e à família (Fernandes & Sá, 2021).

A recolha de informação pertinente foi realizada através de escalas e instrumentos, o que permitiu a avaliação da capacidade funcional e o seu impacto na QV, informações pertinentes

para a formulação de diagnósticos de ER e identificação das necessidades e prioridades de cada utente. A utilização destes instrumentos de avaliação foi importante na avaliação inicial, mas também ao longo da intervenção com os participantes, pois permitiu constatar a evolução dos mesmos, evidenciando os ganhos em saúde.

Após a determinação das limitações na funcionalidade, e com vista à maximização de capacidades, foram implementados os planos de ER individualizados, que foram posteriormente avaliados, o que permitia a reformulação de objetivos e estratégias para a capacitação da funcionalidade e QV, em função dos resultados evidenciados.

Em apêndice encontra-se documentado um plano de cuidados implementado no estágio final (Apêndice VII).

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

Os EEER pretendem, no seu exercício profissional, desenvolver o bem-estar e QV, maximizando o potencial de saúde das pessoas com deficiência, através da promoção da mobilidade, da acessibilidade e da participação e inclusão social (Pereira et al., 2021).

Uma deficiência é definida como o processo de desarticulação entre as condições do indivíduo afetado por uma limitação funcional, o meio ambiente onde se insere e a capacidade para realizar os autocuidados e as AIVD's. O envelhecimento contribui para o aparecimento de deficiências, dado que se relaciona com a dependência para a realização das AVD's, pela perda de funcionalidade (Pereira et al., 2021).

O projeto de estágio tem como base esta competência, na medida em que foi concebido no âmbito da capacitação dos utentes, para uma melhoria da capacidade funcional, atuando com a pessoa com compromisso nos autocuidados, com vista a melhoria da QV no processo de transição de saúde-doença.

A redução da capacidade funcional associada ao envelhecimento, doença e a própria hospitalização compromete a independência, o bem-estar e a QV dos idosos. Como tal, foi avaliada a capacidade funcional de cada utente, sendo que os episódios de doença aguda que causaram a hospitalização, também provocaram dependência súbita, obrigando a uma adaptação a esta situação atual, levando a uma intervenção com o utente, de acordo com o seu potencial e condição de saúde, capacitando-o através das intervenções de ER.

A eliminação de barreiras arquitetónicas deve ser uma preocupação dos EEER, dado que afeta a QV dos utentes com mobilidade condicionada (Pereira et al., 2018). A presença de escadas e a ausência de uma casa-de-banho adaptada, são exemplos de barreiras arquitetónicas

comuns nos domicílios dos utentes, e constituem-se obstáculos à sua independência, pelo que foi impreterível o treino de transferências e o treino de subir e descer escadas para a preparação para a alta dos utentes alvo dos cuidados de ER.

Posto isto, considero que ao longo dos ensino clínicos, fui agente facilitadora de transição no processo de saúde-doença, considerando as novas alterações em cada utente, contribuindo para o processo de aceitação da nova incapacidade, promovendo a adesão ao plano de ER e sendo impulsionadora de ambientes favoráveis à reconstrução de uma nova vida com alterações funcionais, informando tanto o utente como os seus familiares sobre a necessidade de criar um ambiente saudável, através de produtos de apoio ou alterações arquitetónicas, para que o utente consiga usufruir de uma vida com a máxima independência possível. Para além do mais, e como já foi referido anteriormente neste relatório, participei nas reuniões do núcleo de EEER no Centro Hospitalar do estágio final, onde foram abordadas necessidades de melhoria de acesso e acessibilidade ao edifício do hospital.

9.2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

Trata-se de uma competência que vem no seguimento das anteriores, onde é necessário associar a avaliação de cada utente, a recolha de dados, determinar as necessidades de cada utente, implementar planos de ER adaptados e individualizados, considerando as barreiras arquitetónicas e fazendo parte do acompanhamento no processo de transição de saúde-doença, atuando como promotor da literacia em saúde, para uma melhor acessibilidade para todos, para que se capacitem as pessoas para a independência.

Assim, o EEER tem como competência capacitar a pessoa com limitações da atividade e/ou restrição da participação, de modo a maximizar a autonomia, facilitar a realização das AVD's e das AIVD's, melhorar a participação na sociedade e consequentemente melhorar a perceção de QV dos utentes, permitindo o empoderamento e a capacitação, para lidar com os problemas que surgirão no dia-a-dia, decorrentes do processo de transição de saúde-doença (Sousa et al., 2020).

A capacitação está intimamente ligada ao tema deste relatório, pelo que ao longo da realização dos planos de cuidados foram incluídas e implementadas intervenções com o objetivo de promover a capacidade funcional do utente e da família, através de ensinamentos, instrução e treino de autocuidados, de equilíbrio corporal, aumento da força muscular, minimização da dor e, sempre que necessário, foram utilizados dispositivos de apoio, com vista na maximização da funcionalidade a aumento da QV.

9.3. Competências de Mestre

Tal como descrito no Artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 65/2018, para a aquisição do grau de mestre, o mestrando deve apresentar conhecimentos e capacidades de compreensão e de resolução de problemas em situações relacionadas com a sua área de estudo. Deve ter capacidade para desenvolver soluções ou emitir juízos de responsabilidades éticas e sociais e ser capaz de comunicar soluções, conhecimentos e raciocínios de forma clara (Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018).

A aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em ER foram fundamentais para o desenvolvimento das competências necessárias para o grau de mestre. Para este desenvolvimento foi desenhado e implementado um projeto de intervenção que, para além das competências de mestre, procura aplicar os conhecimentos e capacidades de compreensão na resolução de problemas em contextos desconhecidos e dentro da área de estudo. A realização do mesmo impôs questões complexas, apresentação de soluções e emissão de juízos, demonstrando uma atitude reflexiva sobre a responsabilidade ética e social, permitindo aprimorar constantemente a prática profissional, dado que refletir diariamente sobre os conhecimentos adquiridos foi fundamental para a adoção de uma postura crítica à prática profissional, facilitando a identificação de habilidades e limitações.

A realização de pesquisa que permitisse a prestação de cuidados de ER de acordo com a mais recente evidência científica, suportada pela utilização de diversas bases de dados, bem como a participação em ações de formação (como são exemplo os Webinar da Ordem dos Enfermeiros – Anexo X). Foi ainda realizada uma *scoping review*, como anteriormente referido, com o título “Ganhos com cuidados de enfermagem de reabilitação para o autocuidado do idoso internado - *Scoping review*”.

Desta forma conclui-se, portanto, que a aquisição de competências de mestre foi fundamental para a aquisição das competências que permitem uma aprendizagem ao longo da vida, juntamente com uma procura e atualização constante de conhecimentos e aprendizagens, com o intuito da melhoria contínua da prática, sendo capaz de atuar de forma a agrupar o saber, habilidades e atitudes.

10. CONCLUSÃO

O envelhecimento por si só é um processo que se expressa pela perda de capacidades e pela diminuição da funcionalidade, com alterações na mobilidade e na autonomia. A fraqueza muscular associada ao envelhecimento predispõe o utente a limitações funcionais, sendo este um fator predisponente para processos de doença e um conseqüente internamento.

A QV está intimamente relacionada com um bom desempenho funcional e, para ser mantida, é importante que a pessoa continue a realizar as AIVD's e os autocuidados, ainda que os mesmos requeiram força muscular, coordenação e equilíbrio. É inegável que a atuação do EEER nos serviços de hospitalização, sobretudo junto dos idosos, é essencial para a manutenção da funcionalidade. A necessidade da promoção da QV, da melhoria contínua da saúde, da capacidade funcional e da qualidade dos cuidados prestados, leva a uma grande necessidade de existência de cuidados de ER nos serviços de internamento. Para tal, é necessário, por parte do EEER, a realização e implementação de um plano de cuidados de reabilitação, para atingir estas metas definidas na melhoria da capacidade funcional, pois ao ganhar capacidades funcionais, o utente irá melhorar a QV e a maximização da sua independência.

A trajetória realizada, nos diferentes contextos de estágio, possibilitou a consolidação da relevância da temática, e os resultados obtidos através do projeto desenvolvido permitiram verificar que a avaliação e atualização do plano de cuidados demonstra, de forma objetiva e sistemática, ganhos em saúde com a diminuição da dependência funcional dos participantes, através da utilização de instrumentos de avaliação, verificando que a intervenção precoce por parte do EEER ajuda a prevenir complicações e diminui o tempo de internamento.

Considera-se que foram atingidos os objetivos propostos para este trabalho, pois foram identificados os ganhos funcionais, pela aplicação de um programa de ER individual e personalizado, à pessoa com dependência funcional com impacto na QV, promovendo a sua independência, satisfação e QV. A pesquisa realizada, a utilização de instrumentos específicos de avaliação e recolha de dados no contexto dos estágios, o planeamento das intervenções e a necessidade diária de reavaliação e o desenvolvimento de uma *scoping review* permitiu o desenvolvimento de competências enquanto Mestre e Enfermeira Especialista em ER.

É inquestionável que o caminho percorrido desempenhou um papel significativo no desenvolvimento pessoal, permitindo não só a produção de conhecimento, como uma evolução tanto de pessoa, quanto de profissional, essenciais para a profissão.

Perspetivando o futuro, verifica-se a necessidade de valorizar a monitorização da QV, através de estratégias desenvolvidas pelos serviços de internamento, com vista ao bem-estar de todos os utentes.

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central. (2018). *Regulamento interno UCC Monte Mor*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/4/40007/4070680/Pages/default.aspx>
- Alfieri, F., Silva, N., Kutz, N., & Salgueiro, M. (2016). Relações entre equilíbrio, força muscular, mobilidade funcional, medo de cair e estado nutricional de idosos da comunidade. *Revista Kairós-Gerontologia*, 19(2), 147–165. <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/30375>
- Almeida, F. L. T. (2011). *A Essência do Processo de Enfermagem* [Universidade Fernando Pessoa]. https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2283/3/TG_17068.pdf
- Apóstolo, J. L. A. (2012). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria*.
- Araújo, P., Soares, A., Ribeiro, O., & Martins, M. M. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema nervoso. Em O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (1.^a Edição, pp. 164–233). LIDEL.
- Azevedo, M. S. A. (2015). *O envelhecimento ativo e a qualidade de vida: uma revisão integrativa* [Escola Superior de Enfermagem do Porto]. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10776/1/marta%2020%20de%20abril%20-%20tese%20final%20-%20pdf.pdf>
- 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. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2019(20), 37–45. <https://doi.org/10.12707/RIV18084>
- Barbosa, K., & Fernandes, M. D. G. (2020). Vulnerabilidade da pessoa idosa: desenvolvimento de conceito. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73, 1–7. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0897>
- Bezerra, C. P., Lorita, M. F. P., & Galvão, M. T. G. (2009). Modelo de enfermagem baseado nas atividades de vida diária: adolescente diabética e deficiente visual. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 13(4). <https://www.scielo.br/j/ean/a/HPXBbjBHHRkshVFPS6cqCBH/?format=pdf&lang=pt>
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & Dochterman, J. M. (2010). *Classificação das Intervenções de Enfermagem* (5.^a Edição). https://www.biosanas.com.br/uploads/outros/artigos_cientificos/14/0ac4055be9a07e3df54c72e9651c589e.pdf

- Caldeira, I. S. R. (2022). *Contributos da Enfermagem de Reabilitação na prevenção das complicações músculo-esqueléticas decorrentes da imobilidade em contexto de doença aguda* [Universidade de Évora]. https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/32281/1/Mestrado-Enfermagem_de_Reabilitacao-Ines_Sofia_Ramalho_Caldeira.pdf
- Cardoso, T. F. (2016). *Unidade de Cuidados na Comunidade e Promoção da Saúde do Idoso* [Escola Superior de Enfermagem do Porto]. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/17136/1/DISSERTA%c3%87%c3%83OTATI ANACARDOSO.pdf>
- Cavallazzi, T., Cavallazzi, R., Cavalcante, T., Bettencourt, A., & Diccini, S. (2005). Avaliação do uso da Escala Modificada de Borg na crise asmática. *Acta Paul Enferm*, 18(1), 39–45. <https://www.scielo.br/j/ape/a/C7WjBf7Nkv9HgNFkGKTJGyx/?format=pdf&lang=pt>
- Centro Hospitalar de Setúbal - E.P.E. (2022). *Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde*. <https://www.chs.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/5/2023/09/Relatorio-Acesso-2022.pdf>
- Coito, A. C. D. (2018). *O autocuidado em eventos de hospitalização: prevenção do declínio funcional em idosos no processo de internamento* [Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>
- Costa, A., Lopes, M. C., Campanharo, C., Belasco, A., Okuno, M., & Batista, R. (2020). Capacidade funcional e qualidade de vida de pessoas idosas internadas no serviço de emergência. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 54, 1–7. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019021203651>
- Costa, C. S. P. (2020). *Avaliação da Deglutição: Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação* [Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/2409/1/Carla_Costa.pdf
- Cunha, A. M. A. (2023). *O Enfermeiro de Reabilitação e a Saúde Escolar: postura corporal* [Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/3417/3/Ana_Cunha.pdf
- Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, Pub. L. No. Diário da República, 1.ª série — N.º 157 (2018). <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>
- Dias, P., Ferreira, R. F., & Messias, P. (2021). A pessoa submetida a artroplastia total da anca por coxartrose: Estudo de Caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(2), 18–29. <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/167/383>

- Direção-Geral da Saúde. (2003). *Circular Normativa n.º 09/DGCG: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Norma n.º 054/2011 de 27/12/2011 - Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>
- Esteve-Clavero, A., Ayora-Folch, A., Maciá-Soler, L., & Molés-Julio, M. P. (2018). Fatores associados à qualidade de vida dos idosos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31(5), 542–549. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800075>
- Esteves, L. S. F., Cunha, I. C. K. O., Bohomol, E., & Negri, E. C. (2018). O estágio curricular supervisionado na graduação em enfermagem: revisão integrativa. *Revista brasileira de enfermagem*, 71, 1740–1750. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0340>
- Faria, M. C., Ramalho, J., Nunes, A. C., & Fernandes, A. I. (2020). *Visões sobre o envelhecimento* (Observatório das Dinâmicas do Envelhecimento no Alentejo, Ed.). Instituto Politécnico de Beja. <https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/20.500.12207/5193/4/VIS%C3%95ES%20SOBRE%20O%20ENVELHECIMENTO.pdf>
- Fernandes, C., Gomes, J., Magalhães, B., & Lima, A. (2019). Produção de conhecimento em enfermagem de reabilitação portuguesa - scoping review. *Journal Health NPEPS*, 4(1), 282–301. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.30681/252610103378>
- Fernandes, J., & Sá, M. do C. (2021). *Desenvolvimento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação* (1.ª). Papa-Letras.
- Ferreira, B. A. (2022). *A Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na Avaliação e Intervenção na Pessoa com Deglutição Comprometida* [Instituto Politécnico de Beja]. <https://repositorio.ipbeja.pt/handle/20.500.12207/5569>
- Ferreira, L., Meireles, J., & Ferreira, M. (2018). Avaliação do estilo e qualidade de vida em idosos: uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21(5), 616–627. <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180028>
- Ferreira, P., Ferreira, L., & Pereira, L. (2013). Contributos para a Validação da Versão Portuguesa do EQ-5D. *Acta Médica Portuguesa*, 26(6), 664–675. <https://doi.org/https://doi.org/10.20344/amp.1317>
- Fialho, P., Vieira, J. V., & Bule, M. J. (2023). Comfort in Rehabilitation Nursing Care: Multiple Case Study. Em E. L. G. Moguel & C. Fonseca (Eds.), *Gerontechnology V* (pp. 382–391).

- Springer Nature Switzerland. https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-031-29067-1_36
- Figueiredo, M. do C., & Amendoeira, J. (2018). O estudo de caso como método de investigação em enfermagem. *Revista UI_IPSantarem*, 6(2), 102–107. <https://doi.org/https://doi.org/10.25746/ruiips.v6.i2.16137>
- Fonseca, C., Coroado, R., & Pissarro, M. (2017). A importância do Modelo das Atividades de Vida de Nancy Roper, Winifred Logan e Alison Tierney na formação de estudantes do curso de licenciatura em Enfermagem. *Journal of Aging & Innovation*, 6(3), 96–102. <http://www.journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/10-Nancy-Roper.pdf>
- 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), 27–35. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.5.5794>
- Gonçalves, I. (2014). *A enfermagem no intervalo da dor no processo de reabilitação* [Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>
- Graça, T. (2023). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na qualidade de vida da pessoa com alterações do foro neurológico* [Instituto Politécnico de Setúbal]. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/47270/1/relatoriodeestagio.telmacalixto.pdf>
- Instituto Nacional de Estatística. (2023a). *Estatísticas da Saúde - 2021*. <https://www.ine.pt/xurl/pub/11677508>
- Instituto Nacional de Estatística. (2023b). *Tábuas de Mortalidade para Portugal 2020-2022*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=594474380&DESTAQUESmodo=2
- Lopes, J., Amaro, M., & Veríssimo, M. (2023). Preditores de Outcome em Idosos Internados em Medicina Interna. *Revista de Medicina Interna*, 30(2), 81–88. <https://doi.org/10.24950/rspmi.1515>
- Lopes, M. J., Escoval, A., Pereira, D. G., Pereira, C. S., Carvalho, C., & Fonseca, C. (2013). Avaliação da funcionalidade e necessidades de cuidados dos idosos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000700008>
- Loureiro, A. B. B. (2020). *A Enfermagem de Reabilitação e o Planeamento da Alta Hospitalar* [Escola Superior de Enfermagem do Porto]. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/35449/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o_%20Ana%20Beatriz%20Loureiro.pdf

- Lourenço, M., Faria, A., Ribeiro, R., & Ribeiro, O. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idososa com compromisso no sistema musculoesquelético. Em O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (1.^a Edição, pp. 281–328). LIDEL.
- Marques, D. (2018). *O papel do enfermeiro especialista na melhoria da qualidade dos cuidados* [Universidade Católica].
<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/30667/1/Relatorio%20Versao%20final%20Mestrado.pdf>
- Martins, M. M., Ribeiro, O., & Ventura da Silva, J. (2018). O contributo dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação para a qualidade dos cuidados. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(1), 22–29.
<https://doi.org/https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.04.4386>
- Matos, M. A. (2019). *A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Pessoa Após AVC*.
- Mendes, J. (2020). Envelhecimento(s), qualidade de vida e bem-estar. Em T. Matos (Ed.), *A Psicologia em suas Diversas Áreas de Atuação 3* (pp. 132–144). Atena Editora.
<https://doi.org/10.22533/at.ed.18320170611>
- Menoita, E. C. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC*. Lusociência.
- Miranda, G. B. S., Borges, N. G. S., & Ribeiro, N. M. D. S. (2019). Impacto do tempo de hospitalização na mobilidade e na qualidade de vida de idosos. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, 18(3), 330–334. <https://doi.org/10.9771/cmbio.v18i3.34417>
- Monteiro, F. (2018). *Ganhos funcionais e outros dados casuísticos dos doentes internados em 2017 no serviço de Medicina Física e Reabilitação no Centro Hospitalar e Universitário do Porto* [Universidade do Porto].
https://sigarra.up.pt/fcup/en/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=276583
- Moreira, J., Miguel, S., & Frade, A. (2022). Informed consent in scientific research: what should we know? *Cadernos de Saúde*, 14(2), 55–59.
<https://doi.org/https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2022.11469>
- Moreira, M. J. (2020). *Como envelhecem os portugueses - envelhecimento, saúde, idadeismo* (Fundação Francisco Manuel dos Santos, Ed.).
https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/7409/1/2020_como-envelhecem-os-portugueses-envelhecimento-saude-idadeismo-pdf.pdf
- Nascimento, S. S. (2013). *A Avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária do Doente Idoso Hospitalizado: A Parceria como uma Intervenção de Enfermagem para a Promoção do*

- Cuidado de Si* [Escola Superior de Enfermagem de Lisboa].
<https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/15656>
- Nunes, L. (2013). *Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>
- Nunes, L. (2014). *Responsabilidade profissional, ética e legal em Enfermagem de Saúde Mental*.
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15263/1/EESMP_Responsabilidade%20%20profissional%20%C3%A9tica%20e%20legal_LN.pdf
- Nunes, L. (2016). Os limites do agir ético no dia-a-dia do enfermeiro. *Servir*, 59(2), 7–17.
<https://revistas.rcaap.pt/servir/issue/view/1243/195>
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf
- Nunes, R. (2021). *Manual de Fraturas - Diagnóstico e Tratamento* (1.ª Edição). Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Oliveira, C. (2023). Evolução da Funcionalidade em Utentes Seguidos em Contexto Domiciliário por uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(2). <https://doi.org/10.33194/rper.2023.329>
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf
- Palma, M., Teixeira, H., Pino, H., Vieira, J., & Bule, M. J. (2021). Programa de reabilitação para a pessoa com fratura da extremidade superior do fémur: Estudo de Caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(2), 6–17.
<https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/182/387>

- Pedrosa, A. (2004). Enfermagem: Autonomia e Responsabilidade Profissional. *Revista de Enfermagem Referência*, 12, 73–83.
https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=responsabilidade%20profissional&id_artigo=2056
- Pereira, R. S. da S., Martins, M. M., Gomes, B., Aguilera, J. A. L., & Santos, J. (2018). A intervenção do enfermeiro de reabilitação na promoção da acessibilidade. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(2), 66–72.
<https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/99/54>
- Pereira, R. S., Martins, M. M., & Machado, W. C. (2021). Enfermagem de reabilitação e a pessoa com deficiência: o caminho para a inclusão social. Em O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (1.^a, pp. 430–449). LIDEL.
- Pinto, A. H., Lange, C., Pastore, C. A., Llano, P. M. P., Castro, D. P., & Santos, F. (2016). Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural. *Ciencia e Saude Coletiva*, 21(11), 3545–3555.
<https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.22182015>
- Pinto, M. (2023). *Continuidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, na Transição da Pessoa Adulta em Situação de Doença, do Contexto Hospitalar para a Comunidade - Proposta de Intervenção* [Instituto Politécnico de Setúbal].
<https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/46219>
- Pires, R., Martins, M. M., Gomes, B., Monteiro, C., & Ribeiro, O. (2019). Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação na mobilidade da pessoa idosa institucionalizada – Programa TEIA. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(1), 90–101.
<https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.11.4557>
- Praça, M. I. F. (2012). *Qualidade de vida relacionada com a saúde: a perspectiva dos utentes que frequentam os Centros de Saúde do ACES Trás-os-Montes I Nordeste*.
https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/3612/1/Pra%C3%A7a_Maria.pdf
- Preto, L., Gomes, J., Novo, A., Mendes, M. E., & Granero-Molina, J. (2016). Efeitos de um Programa de Enfermagem de Reabilitação na Aptidão Funcional de Idosos Institucionalizados. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(8), 55–63.
<https://doi.org/10.12707/RIV15019>
- Ramos, F. R. S., Brehmer, L. C. de F., Vargas, M. A. de O., Schneider, D. G., & Drago, L. C. (2013). A ética que se constrói no processo de formação de enfermeiros: concepções, espaços e estratégias. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21, 1–9.
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/Qmh4FtgL9TmC5KdpyHXgW8s/?lang=pt&format=pdf>

- Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Pub. L. No. Diário da República, 2.^a série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019 (2019). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Pub. L. No. Regulamento n.º 392/2019, Diário da República, 2.^a série — N.º 85 - 3 de maio de 2019 13565 (2019). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11871/1356513568.pdf>
- Reis, G., Bule, M. J., Sousa, L., Marques-Vieira, C., & Ribeiro, O. (2021). Enfermagem de reabilitação na idade adulta e velhice. Em O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (1.^a Edição, pp. 154–163). LIDEL.
- Ribeiro, O., Faria, A., & Ventura, J. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação, classificações e sistemas de informação. Em O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (1.^a, pp. 58–66). LIDEL.
- Ribeiro, O., Martins, M. M., Tronchin, D., & Forte, E. (2018). Revista Gaúcha de Enfermagem Aplicação do processo de enfermagem em hospitais portugueses. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39, e2017-0174. <https://doi.org/10.1590/1983>
- Ribeiro, O., Moura, M. I., & Ventura, J. (2021). Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. Em O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (1.^a, pp. 48–57). LIDEL.
- Sanchini, V., Sala, R., & Gastmans, C. (2022). The concept of vulnerability in aged care: a systematic review of argument-based ethics literature. *BMC Medical Ethics*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12910-022-00819-3>
- Santos, J., Martins, M., & Campos, C. (2020). A pessoa com AVC em processo de reabilitação: ganhos com a intervenção dos enfermeiros de reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 36–43. <https://doi.org/https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.6.5799>
- Santos, M. (2021). A gestão e a liderança em serviços de enfermagem de reabilitação. Em O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (1.^a, pp. 19–27). LIDEL.
- Sendão, M. J. G. (2018). *Promoção da saúde no idoso: contributos da enfermagem de reabilitação na manutenção da funcionalidade no idoso institucionalizado*. http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/2068/1/Maria_Sendao.pdf

- Serafim, F. M. M. P. (2007). *Promoção do bem estar global na população sénior: práticas de intervenção e desenvolvimento de atividades físicas*.
<https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/659/10/6.Qualidade%20de%20Vida.pdf>
- Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, A., Pinho, N., Barbosa, L., Araújo, T., Ribeiro, O., & Bettencourt, M. (2019). Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para a Enfermagem de Reabilitação. *Revista Investigação em Enfermagem*, 26(2), 35–44.
<https://www.researchgate.net/publication/337313131>
- Siquenique, J. S. D. (2022). *Capacitação de cuidadores de crianças em processo de reabilitação* [Universidade de Évora]. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/32652>
- Sousa, L., Firmino, C., Marques-Vieira, C., Severino, S., & Pestana, H. (2018). Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(1), 45–54.
<https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/20/12>
- Sousa, L., Martins, M. M., & Novo, A. (2020). A enfermagem de reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 64–69.
<https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763>
- Vasconcelos, L., Santos, M. C., Silva, R., Filho, C., Santos, V. L., & Probo, D. (2020). *Qualidade de vida relacionada à saúde: Análise dimensional do conceito* (L. Fornari, F. Freitas, E. Oliveira, C. Oliveira, & A. P. Costa, Eds.; Vol. 3, pp. 226–238). Ludomedia.
<https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.226-238>
- Vasconcelos, M. (2021). Ética em Enfermagem de Reabilitação. Em O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (1.^a, pp. 34–37). LIDEL.
- Venâncio, S. S. (2023). Contributos dos enfermeiros de reabilitação num serviço de medicina interna. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(1), 1–12.
<https://doi.org/10.33194/rper.2023.255>
- Vilelas, J. (2022). *Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento* (3.^a Edição). Edições Sílabo.

APÊNDICES

Apêndice I – POSTER REALIZADO NO ÂMBITO DO ESTÁGIO NO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA – “LEMBRE OS 5 F’s DO AVC”

LEMBRE OS 5 F'S DO AVC
SINAIS DE UM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

FACE
Assimetria, com o canto da boca e pálpebras "descalçados"

FALTA DE VISÃO
Deixar de ver subitamente ou ver a dobrar

FALA
Fala parece estranha, ou de difícil compreensão.

FORTE DOR DE CABEÇA
Dor de cabeça súbita e intensa, diferente do habitual e sem motivo aparente

FORÇA
O braço e/ou a perna parecem ter perdido repentinamente as forças ou o equilíbrio

Para mais informações, consulte:

SOCIEDADE PORTUGUESA DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL


Referências Bibliográficas:
- Mafis, E. R., Cardoso, A. N., Guimarães, I. P., Rodrigues, K. S., Gomes, T. L. F., Amaral, V. F. de, Paula, F. J. N., & Linsard, C. F. B. H. (2021). Recognition of signs and symptoms and risk factors for stroke by lay people: an integrative review. *Research, Society and Development*, 10(7), 4587-1019340. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10n7-19340>
- <https://www.associaçãoporluguesaavc.com/c2383par/recomendaç23837102383set-da-avc>
- <https://www.portuguesa.pt/gua>

Trabalho realizado por: Helena Cachola, aluna do Mestrado de Enfermagem de Reabilitação no IPP (2022 - 2024) e sob orientação do Enfermeiro Especialista Jorge Casinha

SE TIVER QUALQUER UM DESTES SINTOMAS, CONTACTE DE IMEDIATO O 112.


**Apêndice II – AÇÃO DE FORMAÇÃO NO ÂMBITO DA SAÚDE ESCOLAR:
“MOCHILA AMIGA OU INIMIGA?”**

MOCHILA AMIGA OU INIMIGA?




- Enf.ª Especialista em Reabilitação Elisabete Saiote
- Aluna do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação Helena Cachola
- Fisioterapeuta Ana Dias

Ano Letivo 2023/2024





Vídeo



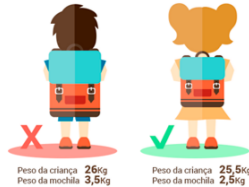
Sumário

- Peso e formato das mochilas
- Uso correto da mochila
- Alterações da postura corporal
- Hábitos saudáveis
- Pesagem do aluno e das mochilas



Peso das mochilas

- A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que as crianças e jovens em idade escolar carreguem mochilas com **menos de 10% do peso do seu corpo.**
- Diferentes estudos indicam que mais de metade das crianças em idade **escolar transportam mochilas com peso excessivo.**



Daqui a pouco já vamos ver e pesar convosco...

Como escolher corretamente a mochila



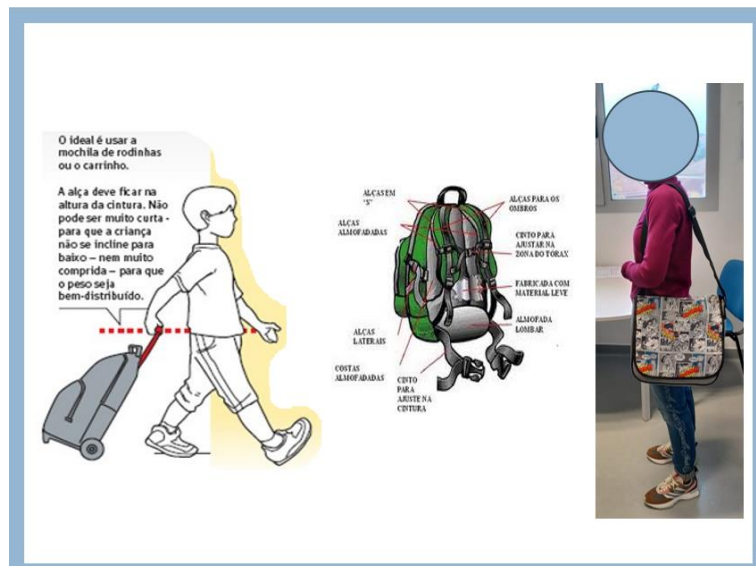
- A mochila deve ser de um material leve;
- Deve ter 2 alças reguláveis e adaptadas à altura de cada um, para que a mochila fique **junto às costas e acima das ancas;**
- As alças devem ter no mínimo 4 centímetros de largura na zona dos ombros, e não devem estar muito juntas, para evitar que rocem no pescoço, e nem muito afastadas, para não caírem dos ombros;

(Cunha, 2023)

- Um cinto regulável ao nível da cintura é útil, pois evita que a mochila oscile, além de ajudar a repartir o peso entre os ombros e a zona lombar;
- Optar por mochilas de rodinhas, quando o piso da escola assim o permitir – a pega deve ficar na altura da cintura.



(Cunha, 2023);
(SNS24, 2023)



Como usar a mochila?

DISTRIBUIÇÃO DE PESO NA MOCHILA

1. Materiais pesados (livros, por exemplo) devem ser posicionados mais próximo às costas.
2. Coisas mais leves, como estojos e calculadoras, podem ser posicionados mais distantes do corpo.

- Preparar a mochila de acordo com o horário escolar e levar apenas o material necessário para o dia;
- Distribuir adequadamente o material escolar dentro da mochila: colocar os objetos mais pesados e volumosos, como os livros, na vertical, o mais próximo possível das costas;
- Ajustar as alças de modo a que a mochila fique sempre acima das ancas;
- O peso deve estar bem dividido, usando a mochila nas costas com as duas alças e **NÃO** carregar num só ombro ou pela mão;

(Cunha, 2023); (SNS24, 2023)

Outras soluções para evitar o uso incorrecto das mochilas

- Ao comprar o material escolar devem escolher materiais mais leves;

- Não levar para casa material escolar (manuais/portefólios/cadernos) que não são necessários, deixando-os, por exemplo, em cacifos na escola;

(Cunha, 2023); (SNS24, 2023)



- Se usarem dossiê: mais finos, e arquivar as folhas que não são necessárias;
- Se usarem cadernos: escolher dos mais finos/cadernos inteligentes.



Ou seja, **evitar peso excessivo!**

(Cunha, 2023); (SNS24. 2023)

Quais as consequências da má utilização da mochila?

Dor



Limitação física

Deformações na coluna, pés...
(alterações corporais)

Sedentarismo

(Cunha, 2023); (SNS24. 2023)

Dor e limitação física

- Alguns estudos relatam que em algumas escolas, 16% dos alunos tiveram dores na coluna, tão graves, que não conseguiram brincar e não podiam realizar educação física.



(Cunha, 2023)

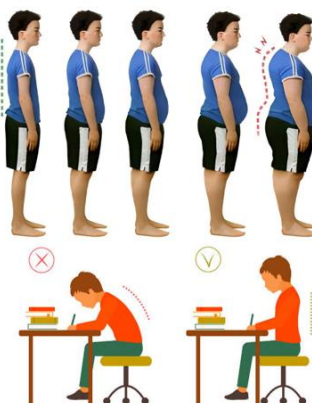
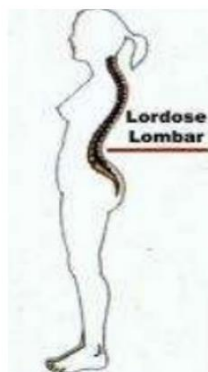
Alterações Corporais

- Desvios Corporais:
 - Deformações da Coluna
 - Deformações nos joelhos e pés
- Alterações na respiração
- Alterações na concentração



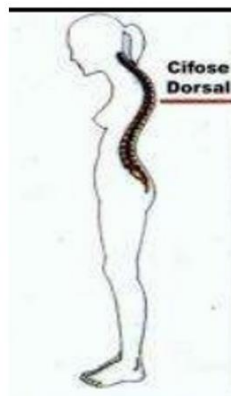
(Cunha, 2023); (SNS24, 2023)

Alterações na coluna vertebral



Aumento da curvatura da região lombar para a frente

(Cunha, 2023); (SNS24, 2023)



Aumento da curvatura da região torácica para a frente

(Cunha, 2023); (SNS24, 2023)

O que podes fazer para ter uma postura mais saudável?

- Prática de exercício físico;
- Não permanecer muito tempo sentado ao computador ou com o telemóvel;

Recomendado: fazerem pelo menos uma hora de exercício físico e passarem menos de duas horas entretidos em frente a ecrãs



(Direção-Geral de Saúde, 2022)

- Postura correta sempre;



- Usar corretamente a mochila.



(Direção-Geral de Saúde, 2022)

Programa nacional para a promoção da atividade física

SENTA-TE MENOS, MEXE-TE MAIS!



Deves realizar 60 minutos de atividade física moderada a vigorosa, que acelere a respiração e a temperatura corporal, todos os dias.

As atividades vigorosas, e em que fortaleces os músculos e os ossos, devem ser feitas em pelo menos 3 dias por semana.



Passa menos tempo sentado/a.



(Direção-Geral de Saúde, 2022)

Referências Bibliográficas

- SNS24. (2023). O peso das mochilas. <https://www.sns24.gov.pt/guia/o-peso-das-mochilas/#>
- Cunha, A. (2023). *O Enfermeiro de Reabilitação e a Saúde Escolar: postura corporal* [Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/3417/3/Ana_Cunha.pdf
- Direção-Geral de Saúde. (2022). Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física. <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica/ficheiros-externos-pnpaf/relatorio-anual-20221.aspx>



VAMOS
PESAR?

APÊNDICE III - PLANO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO ADAPTADO AO UTENTE

A REABILITAÇÃO...



IMPORTANTE PARA:
Manter a capacidade para andar e prevenir quedas



O MEU FOLHETO

PLANO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO ADAPTADO À UTENTE:

Ativa e fortalece os músculos e ajuda a manter o equilíbrio

Trabalho realizado por: Helena Cachola, aluna do Mestrado de Enfermagem de Reabilitação no IPP (2022 - 2024) e sob orientação da Enfermeira Especialista Elisabete Saiote

OBJETIVO

Ajudá-la a primeiro adquirir e posteriormente manter a sua independência e qualidade de vida, através da intervenção da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, que avalia a sua condição no domicílio e adequa o plano de enfermagem de reabilitação à sua medida.

VAMOS FAZER EXERCÍCIOS?

1 - Flexão e extensão da anca (dobrar e esticar o joelho)



Fazer 15 vezes em cada perna, duas vezes por dia

2 - Adução e abdução (juntar e afastar as pernas)



Fazer 15 vezes com cada perna, duas vezes por dia

3 - Flexão plantar/dorsal (movimento de coser à máquina)



Fazer 15 vezes com cada pé, duas vezes por dia

4 - Treino de Marcha - andar, sempre com o auxiliar de marcha, ou seja, a bengala



NOTA: Todos estes exercícios podem ser realizados também deitada na cama.



Deverá andar sempre com a bengala e sempre que o tempo (meteorológico) esteja favorável, ande pelo pátio 5 minutos no período da manhã, e 5 minutos no período da tarde.

APÊNDICE IV – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO EXPECTÁVEIS PARA O PLANO DE INTERVENÇÃO (POSTERIORMENTE PERSONALIZADO), CONFORME AS NECESSIDADES IDENTIFICADAS.

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Autocuidado, comprometido	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a capacidade para a realização destes autocuidados através da utilização da Escala MIF; - Incentivar a participação na realização dos autocuidados; - Instruir a utilização de vestuário adequado e que facilite o processo de realização destes autocuidados; - Instruir sobre os dispositivos de apoio para tomar banho, para se vestir e despir e para utilizar o sanitário (pinças de cabo longo, calçadeiras, barras laterais de segurança); - Realizar ensinamentos acerca da prevenção de complicações; - Instruir sobre a técnica do vestir e do despir; - Solicitar a colaboração da pessoa de acordo com as suas capacidades para a realização destes autocuidados; - Ensinar sobre a adaptação do domicílio.
Equilíbrio Corporal, Comprometido	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar as funções sensoriais (visão, audição, propriocepção); - Avaliar o equilíbrio através do Índice de Tinetti; - Executar técnicas de equilíbrio estático e dinâmico; - Assistir a pessoa a promover equilíbrio através da técnica de posicionamento; - Instruir e estimular o treino de equilíbrio; - Fornecer dispositivos auxiliares de apoio ao equilíbrio (como andarilho ou canadianas); - Elucidar acerca do risco e fatores de queda.
Movimento Muscular, Diminuído	<ul style="list-style-type: none"> - Informar acerca do tipo de exercícios e os benefícios de cada um; - Realizar exercícios de fortalecimento dos membros; - Realizar exercícios isométricos e isotônicos, mobilizações passivas e ativas-assistidas, exercícios ativos, ativos-

	<p>resistidos (cerca de três séries de 10 repetições por dia);</p> <ul style="list-style-type: none"> -Executar técnica de mobilização musculartoarticular polissegmentar; - Avaliar a necessidade de dispositivos auxiliares de mobilização passiva; - Realização de ensinos e da necessidade dos exercícios; - Manter a estabilidade das articulações durante a atividade motora; - Incorporar a realização das AVD's nos exercícios; - Incentivar à realização autónoma dos movimentos musculares e articulares; - Realizar levante precoce; -Monitorizar a resposta emocional, cardiovascular e funcional do utente ao plano de exercícios; - Monitorizar a amplitude articular (através da goniometria); - Avaliar o progresso do utente através da avaliação de Força muscular: Escala <i>Medical Research Council</i>.
<p>Capacidade para Transferir-se/posicionar-se/ andar, Comprometido</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a capacidade para se posicionar; - Instruir o utente e a família sobre o posicionar; - Avaliar a capacidade para usar a técnica de adaptação para transferir-se; - Avaliar a capacidade para usar dispositivo auxiliar para transferir-se; - Instruir sobre o uso de dispositivo auxiliar e da técnica para transferir-se; - Treinar no uso de dispositivo auxiliar para transferir-se e a técnica; - Fornecer dispositivos auxiliares de apoio à deambulação (como andarilho ou canadianas); - Instruir e treinar técnica de marcha; - Ensinar e avaliar sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha; - Elucidar acerca do risco e fatores de queda.
<p>Ventilação, Comprometida</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observar e auscultar o tórax; - Vigiar a respiração e a ventilação; - Monitorizar saturações de oxigénio; - Monitorizar a frequência respiratória; - Monitorizar dispneia; - Avaliar a tolerância à atividade;

	<ul style="list-style-type: none"> - Negociar a atividade física e planejar o repouso; - Supervisionar a resposta ao exercício; - Ensinar, instruir e executar exercícios de resistência; - Otimizar ventilação através de técnica de posicionamento; - Executar, Ensinar, Treinar e Instruir sobre a dissociação dos tempos respiratórios; - Reeducação diafragmática; - Reeducação costal global; - Executar, ensinar, treinar e instruir sobre as técnicas de controlo da respiração; - Executar, ensinar, treinar e instruir sobre as técnicas de repouso e relaxamento; - Executar, ensinar, treinar e instruir sobre a correção postural; - Realizar reeducação ao esforço; - Vigiar respiração e ventilação.
<p style="text-align: center;">Dor, presente</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o local, características, duração, frequência, intensidade da dor e os fatores desencadeantes, com recurso à Escala Numérica da Dor; - Observar os sinais e sintomas de dor; - Determinar o impacto da dor na QV atual; - Assistir no posicionamento do utente; - Promover o uso de técnicas não farmacológicas, como o relaxamento, a massagem, o controlo da respiração ou a crioterapia; - Realizar exercícios isométricos e isotónicos dos membros inferiores; - Respeitar o limite da amplitude articular nos exercícios de mobilização muscularto-articular; - Reforçar a importância da realização de exercícios isométricos e isotónicos dos membros inferiores; - Gerir a atividade e o repouso, para evitar a fadiga e o cansaço muscular; - Oferecer informações precisas e monitorizar a satisfação do utente com o alívio da dor.

APÊNDICE V – AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DE P1.

SEGMENTO	MOVIMENTO	AVALIAÇÃO A 20/09/2023	AVALIAÇÃO A 17/10/2023	AVALIAÇÃO A 03/11/2023
MEMBRO SUPERIOR				
OMBRO	Flexão	2	3	4
	Extensão	2	3	4
	Adução	2	3	4
	Abdução	2	3	4
	Rotação interna	2	3	4
	Rotação externa	2	3	4
COTOVELO	Flexão	2	3	4
	Extensão	2	3	4
ANTEBRAÇO	Pronação	2	3	4
	Supinação	2	3	4
PUNHO	Flexão palmar	1	3	4
	Dorsiflexão	1	3	4
	Desvio radial	1	3	4
	Desvio Cubital	1	3	4
	Circundação	1	3	4
DEDOS	Flexão	1	2	3
	Extensão	1	2	3
	Adução	1	2	3
	Abdução	1	2	3
	Circundação	1	2	3
	Oponência do polegar	1	2	3
MEMBRO INFERIOR				
COXOFEMORAL	Flexão	3	4	4
	Extensão	3	4	4
	Adução	3	4	4
	Abdução	3	4	4
	Rotação interna	3	4	4
	Rotação externa	3	4	4
JOELHO	Flexão	3	4	4
	Extensão	3	4	4
TIBIOTÁRSICA	Flexão plantar	3	4	4
	Flexão dorsal	3	4	4
	Inversão	3	4	4
	Eversão	3	4	4
DEDOS	Flexão	2	3	4
	Extensão	2	3	4
	Adução	2	3	4
	Abdução	2	3	4

APÊNDICE VI - AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DE P2.

SEGMENTO	MOVIMENTO	AVALIAÇÃO A 22/09/2023	AVALIAÇÃO A 27/09/2023	AVALIAÇÃO A 02/10/2023
MEMBRO SUPERIOR				
OMBRO	Flexão	1	2	3
	Extensão	1	2	3
	Adução	1	2	3
	Abdução	1	2	3
	Rotação interna	1	2	2
	Rotação externa	1	2	2
COTOVELO	Flexão	1	1	2
	Extensão	1	1	2
ANTEBRAÇO	Pronação	1	1	2
	Supinação	1	1	2
PUNHO	Flexão palmar	0	0	1
	Dorsiflexão	0	0	1
	Desvio radial	0	0	1
	Desvio Cubital	0	0	1
	Circundação	0	0	1
DEDOS	Flexão	0	1	2
	Extensão	0	1	2
	Adução	0	1	2
	Abdução	0	1	2
	Circundação	0	1	2
	Oponência do polegar	0	2	3
MEMBRO INFERIOR				
COXOFEMORAL	Flexão	3	4	4
	Extensão	3	4	4
	Adução	3	4	4
	Abdução	3	4	4
	Rotação interna	3	4	4
	Rotação externa	3	4	4
JOELHO	Flexão	3	4	4
	Extensão	3	4	4
TIBIOTÁRSICA	Flexão plantar	3	4	4
	Flexão dorsal	3	4	4
	Inversão	2	3	4
	Eversão	2	3	4
DEDOS	Flexão	2	3	3
	Extensão	2	3	3
	Adução	2	3	3
	Abdução	2	3	3

APÊNDICE VII – COMPLEMENTO À INFORMAÇÃO DE P2

Estado Mental

Estado de consciência	Consciente
Estado de orientação	Orientado na pessoa, tempo e espaço
Atenção	Utente vígil, com capacidade para manter a atenção em tarefas e pensamentos
Memória	Apresentou dificuldades a curto prazo (memória imediata) na realização do Mini Mental, mas não voltou a apresentar alterações. Com memória sensorial, recente e remota, mantidas.
Capacidades práxicas	Com diminuição da força e coordenação no hemisfério esquerdo (hemiparesia). Com sensibilidade mantida.
<i>Neglet</i>	Sem negligência hemiespacial unilateral
Linguagem	No início do internamento com uma ligeira dificuldade na articulação das palavras, por disartria, mas com discurso perceptível. Na avaliação final, já sem dificuldade na articulação das palavras. Apresenta compreensão, nomeação, repetição, leitura, escrita e linguagem elaborada, mantidas.

(Menoita, 2012)

Pares Cranianos

Número	Nervo	Avaliação a 01/10/2023
I	Olfativo	Utente sem alterações.
II	Ótico	Acuidade visual alterada por amaurose traumática à esquerda. Sem alterações na leitura. Conta corretamente o número de dedos a várias distâncias e nos diferentes quadrantes, com o olho direito.
III	Óculo Motor	Sem alterações da resposta pupilar. Encontram-se isocóricas e isométricas. Sem estrabismo, diplopia, nistagmo ou ptose palpebral.
IV	Patético	
VI	Abducente	
V	Trigêmeo	Sensibilidade térmica, tátil e dolorosa mantidas.
VII	Facial	Sem alterações do paladar. Apresenta dificuldades no sorrir e em franzir o sobrolho, por apresentar paresia facial direita. Não apresenta dificuldades na deglutição nem em manter a saliva.
VIII	Vestíbulo-Coclear	Utente que apresenta ligeira hipoacusia já no domicílio. De olhos fechados consegue ouvir bilateralmente o barulho das palmas. Não apresenta tonturas ou vertigens.
IX	Glossofaríngeo	Reconhece os sabores doces e salgados, sem alterações.
X	Vago	Apresenta reflexo de vômito mantido. No primeiro dia de internamento apresentava ligeira hipofonia,

		que reverteu e no dia 01/10 já não apresentava alterações.
XI	Espinal	Sem alterações.
XII	Grande Hipoglosso	Sem desvios ou tremores da língua.

(Menoita, 2012)

Avaliação da Coordenação Motora

A avaliação da coordenação motora baseia-se na simetria, ritmo, alternância e rapidez (Menoita, 2012). Nos membros superiores avalia-se através da prova Índex-nariz (tocar a ponta do nariz com o dedo indicador, inicialmente de olhos abertos, e depois de olhos fechados). Dado que o utente apresenta hemiparesia à esquerda, com força muscular conforme avaliada anteriormente, não consegue realizar este movimento. Em relação aos membros inferiores, o P2 consegue realizar a prova calcanhar-joelho, pois desliza o calcanhar ao longo da tibia, até tocar no joelho (Menoita, 2012).

Avaliação da Sensibilidade

Pode ser dividida em superficial e profunda e deve ser avaliada em todos os segmentos corporais, de distal para proximal, bilateralmente e com o utente de olhos fechados. A avaliação superficial é dividida em tátil, térmica e dolorosa e a profunda divide-se em sensibilidade de pressão, vibratória, postural e estereognosia.

Sensibilidade		Avaliação a 22/09	Avaliação a 02/10
Superficial	Tátil	Avaliação com tecido. Apresentava uma ligeira diminuição na mão e dedos (hipoestesia tátil).	Sensibilidade preservada.
	Térmica	Avaliação com a água no banho. Refere ligeira diminuição na mão esquerda.	Sensibilidade preservada.
	Dolorosa	Utilizada uma caneta na avaliação. A sensibilidade dolorosa encontrava-se ligeiramente diminuída (hipoalgesia) na mão esquerda, e mantida nos restantes segmentos.	Sensibilidade preservada.
Profunda	Pressão	Realizada pressão, refere uma ligeira diminuição nos dedos da mão esquerda.	Sensibilidade preservada.
	Vibratória	Ligeira diminuição na mão esquerda.	Sensibilidade preservada.
	Postural	Prova realizada de olhos fechados. O utente identificou a localização de todos os membros.	Sensibilidade preservada.

	Estereognosia	Identificou os objetos com a mão direita, mas não com a esquerda.	Mantém dificuldade na identificação.
--	----------------------	---	--------------------------------------

(Menoita, 2012)

Avaliação da Marcha

A pessoa com AVC pode apresentar alterações na marcha. O P2 apresentava uma marcha hemiparética ceifante, com rotação externa da articulação coxofemoral, extensão da articulação coxofemoral e do joelho, inversão da tibiotársica, e dorsiflexão do pé (Menoita, 2012). Como tal, a marcha é realizada com base num arrastar do membro lesionado (MIE), em semicírculos. O P2 iniciou o treino de marcha, com recuso a andarilho, que manteve ao longo do estudo de caso.

Avaliação da Deglutição

A deglutição trata-se da combinação de movimentos voluntários e involuntários, constituída por fases sequenciais, em que os alimentos, tanto sólidos como líquidos, são transportados da cavidade oral para o estômago, com a participação da faringe e do esófago. Neste processo atuam diversos grupos musculares e nervos cranianos. A integridade de todas as estruturas é fundamental para que a deglutição ocorra normalmente. Quando tal não acontece, e existem alterações ou dificuldades na deglutição, significa que existe disfagia (C. S. P. Costa, 2020). Encontra-se associada a uma diminuição da força, tónus ou sensibilidade da face, mandíbula ou língua (Menoita, 2012).

O P2 apresenta controlo da cabeça na posição de sentado, apresenta paresia facial central esquerda (assimetria), mas com capacidade para fechar os lábios, e não apresenta disfagia (sem alterações na avaliação da Escala de GUSS).

GUSS Gugging Swallowing Test

Data da avaliação 22/09 Hora 12h Identificação doente ██████████

Secção 1. Avaliação preliminar / teste de deglutição indirecto

	SIM	NÃO
Vigilância (o doente deve estar alerta durante pelo menos 15 minutos)	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Tosse e/ou pigarreio (tosse voluntária) (o doente deve conseguir tossir ou pigarrear 2 vezes)	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Deglutição de saliva	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
• Deglutição com sucesso	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
• Sialorreia	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
• Alterações da voz (rouquidão, gorgolejo, voz molhada ou fraca)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
TOTAL:	3	(5)
	1 - 4 = investigação posterior ¹ 5 = Continuar para a secção 2	

Avaliação da *National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)*

É uma escala que tem como objetivo avaliar os défices neurológicos relacionados com o AVC e assim classificar a gravidade do mesmo. A escala varia entre zero pontos e um máximo de 42 pontos (maior gravidade) (Gil et al., 2020).

NIH STROKE SCALE		Identificação do Paciente Nome: _____ Registo: _____ Exame Inicial: Data <u>22 / 09 / 2023</u>		Instrução	Definição da escala	Escore	Hora	
1a. Nível de Consciência	O investigador deve escolher uma resposta mesmo se uma avaliação completa é prejudicada por obstáculos como um tubo orotraqueal, barreiras de linguagem, trauma ou curativo orotraqueal. Um 3 é dado apenas se o paciente não faz nenhum movimento (outro além de postura reflexa) em resposta à estimulação dolorosa.	0 = Alerta; responde com entusiasmo. 1 = Não alerta, mas ao ser acordado por mínima estimulação obedece, responde ou reage. 2 = Não alerta; requer repetida estimulação ou estimulação dolorosa para realizar movimentos (não estereotipados). 3 = Responde somente com reflexo motor ou reações autônomicas, ou totalmente irresponsivo, flácido e arreflexo.	0	12h	3. Visual Os campos visuais (quadrantes superiores e inferiores) são testados por confrontação, utilizando contagem de dedos ou ameaça visual, conforme apropriado. O paciente deve ser encorajado, mas se olha para o lado do movimento dos dedos, deve ser considerado como normal. Se houver cegueira unilateral ou enucleação, os campos visuais no olho restante são avaliados. Marque 1 somente se uma clara assimetria, incluindo quadrantanopsia, for encontrada. Se o paciente é cego por qualquer causa, marque 3. Estimulação dupla simultânea é realizada neste momento. Se houver uma extinção, o paciente recebe 1 e os resultados são usados para responder a questão 11.	0	12h	
1b. Perguntas de Nível de Consciência	O paciente é questionado sobre o mês e sua idade. A resposta deve ser correta - não há nota parcial por chegar perto. Pacientes com afasia ou esturpor que não compreendem as perguntas não recebem 2. Pacientes incapacitados de falar devido a intubação orotraqueal, trauma orotraqueal, disartria grave de qualquer causa, barreiras de linguagem ou qualquer outro problema não secundário a afasia recebem um 1. É importante que somente a resposta inicial seja considerada e que o examinador não "ajude" o paciente com dicas verbais ou não verbais.	0 = Responde ambas as questões corretamente. 1 = Responde uma questão corretamente. 2 = Não responde nenhuma questão corretamente.	0	12h	4. Paralisia Facial Pergunte ou use pantomima para encorajar o paciente a mostrar os dentes ou sorrir e fechar os olhos. Considere a simetria de contração facial em resposta a estímulo doloroso em paciente pouco responsivo ou incapaz de compreender. Na presença de trauma /curativo facial, tubo orotraqueal, esparadrapo ou outra barreira física que obscureça a face, estes devem ser removidos, tanto quanto possível.	0 = Movimentos normais simétricos. 1 = Paralisia facial leve (apagamento de prega nasolabial, assimetria no sorriso). 2 = Paralisia facial central evidente (paralisia facial total ou quase total da região inferior da face). 3 = Paralisia facial completa (ausência de movimentos faciais das regiões superior e inferior da face).	2	12h
1c. Comandos de Nível de Consciência	O paciente é solicitado a abrir e fechar os olhos e então abrir e fechar a mão não parética. Substitua por outro comando de um único passo se as mãos não podem ser utilizadas. É dado crédito se uma tentativa inequívoca é feita, mas não completada devido à fraqueza. Se o paciente não responde ao comando, a tarefa deve ser demonstrada a ele (pantomima) e o resultado registrado (i.e., segue um, nenhum ou ambos os comandos). Aos pacientes com trauma, amputação ou outro impedimento físico devem ser dados comandos únicos compatíveis. Somente a primeira tentativa é registrada.	0 = Realiza ambas as tarefas corretamente. 1 = Realiza uma tarefa corretamente. 2 = Não realiza nenhuma tarefa corretamente.	0	12h	5. Motor para braços O braço é colocado na posição apropriada: extensão dos braços (palmas para baixo) a 90° (se sentado) ou a 45° (se deitado). É valorizada a extensão do braço se esta ocorre antes de 10 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz e de pantomima, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, iniciando pelo braço não-parético. Somente em caso de amputação ou de fusão de articulação no ombro, o item deve ser considerado não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita para esta escolha.	0 = Sem queda; mantém o braço 90° (ou 45°) por 10 segundos completos. 1 = Queda; mantém o braço a 90° (ou 45°), porém este apresenta queda antes dos 10 segundos completos; não toca a cama ou outro suporte. 2 = Algum esforço contra a gravidade; o braço não atinge ou não mantém 90° (ou 45°), cai na cama, mas tem alguma força contra a gravidade. 3 = Nenhum esforço contra a gravidade; braço despensa. 4 = Nenhum movimento. NT = Amputação ou fusão articular, explique: _____	3	12h
2. Melhor olhar conjugado	Somente os movimentos oculares horizontais são testados. Movimentos oculares voluntários ou reflexos (oculo-cefálico) recebem nota, mas a prova calórica não é usada. Se o paciente tem um desvio conjugado do olhar, que pode ser sobreposto por atividade voluntária ou reflexa, o escore será 1. Se o paciente tem uma paresia de nervo periférica isolada (NC III, IV ou VI), marque 1. O olhar é testado em todos os pacientes afásicos. Os pacientes com trauma ocular, curativos, cegueira preexistente ou outro distúrbio de acuidade ou campo visual devem ser testados com movimentos reflexos e a escolha feita pelo investigador. Estabelecer contato visual e, então, mover-se perto do paciente de um lado para outro, pode esclarecer a presença de paralisia do olhar.	0 = Normal. 1 = Paralisia parcial do olhar. Este escore é dado quando o olhar é anormal em um ou ambos os olhos, mas não há desvio forçado ou paresia total do olhar. 2 = Desvio forçado ou paralisia total do olhar que não podem ser vencidos pela manobra oculo-cefálica.	0	12h	6. Motor para pernas A perna é colocada na posição apropriada: extensão a 30° (sempre na posição supina). É valorizada a queda do braço se esta ocorre antes de 5 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz e de pantomima, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, iniciando pela perna não-parética. Somente em caso de amputação ou de fusão de articulação no quadril, o item deve ser considerado não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita para esta escolha.	0 = Sem queda; mantém a perna a 30° por 5 segundos completos. 1 = Queda; mantém a perna a 30°, porém esta apresenta queda antes dos 5 segundos completos; não toca a cama ou outro suporte. 2 = Algum esforço contra a gravidade; a perna não atinge ou não mantém 30°, cai na cama, mas tem alguma força contra a gravidade. 3 = Nenhum esforço contra a gravidade; perna despensa. 4 = Nenhum movimento. NT = Amputação ou fusão articular, explique: _____	2	12h
					5a. Braço esquerdo 5b. Braço direito			
					6a. Perna esquerda 6b. Perna direita			

Plano de Cuidados

Movimento Corporal, Comprometido (no hemisfério esquerdo)

Segundo o Browser CIPE, versão 2019, disponibilizado online pela Ordem dos Enfermeiros, o movimento corporal é um "Processo do sistema musculoesquelético: movimento espontâneo; voluntário ou involuntário dos músculos e articulações". É um diagnóstico que foi levantado pois o P2 apresentava um prejuízo na mobilidade do membro superior e do membro inferior, com diminuição da força muscular.

Intervenções:

- Avaliar a força muscular, com recurso à escala *Medical Research Council Scale*, ao longo de todos os segmentos do MS e MI;
- Avaliar a presença de dor na mobilização, e prevenir a mesma, nomeadamente o ombro doloroso;
- Procurar a adesão do P2 ao regime de reabilitação;

- Avaliar o conhecimento e capacidades do utente sobre técnicas de exercício muscular e articular (passivo, ativo, ativo-assistido ou ativo-resistido);
- Executar técnicas de exercício muscular e articular (passivo, ativo, ativo-assistido ou ativo-resistido, adaptadas aos resultados da avaliação), tendo em conta o limite da amplitude articular, e de preferências em séries de 10 repetições:

Técnica	Descrição
Membro Superior	
Mobilização dos dedos da mão	Flexão e extensão dos dedos (plano sagital)
	Adução e abdução dos dedos (plano frontal)
	- Flexão e extensão do polegar (plano sagital) - Adução e abdução do polegar (plano frontal) - Oponência do polegar
Mobilização do punho	Flexão e extensão do punho (plano sagital)
	Desvio radial/cubital (plano frontal)
Mobilização do antebraço	Supinação/pronação (Plano horizontal, eixo longitudinal)
Mobilização do cotovelo	Flexão e extensão (No plano sagital, eixo latero-lateral)
Mobilização do ombro	Rotação interna/externa (plano horizontal)
	Adução e abdução (plano frontal)
	Flexão (até aos 90°) e Extensão (plano sagital)
	Elevação/depressão (plano frontal)
	Circundação (nos vários planos)
Membro Inferior	
Mobilização dos dedos do pé	Flexão e extensão dos dedos (plano sagital)
	Adução/abdução dos dedos (plano frontal)
Mobilização da articulação Tibiotársica	Eversão/inversão (plano frontal)
	Dorsiflexão/ flexão plantar (plano sagital)
Mobilização do joelho	Flexão/extensão (plano sagital)
Mobilização da articulação coxofemoral	Rotação interna/externa (plano horizontal)
	Adução/abdução (plano frontal)
	Flexão/ extensão (plano sagital)
	Circundação

- Ensinar, instruir e incentivar técnicas de exercício muscular e articular passivo, ativo, ativo-assistido ou ativo-resistido:
 - Automobilização do membro superior: instruído o P2 para realizar a mobilização do MSE/MIE com o MSD/MID, pois promove o movimento e ajuda a tomar consciência do membro afetado, reduzindo a possibilidade de desenvolver espasticidade à esquerda - membro superior: entrelaçar as mãos com as palmas em contacto; estender o cotovelo, elevar as mãos acima da cabeça, obtendo a protração do ombro; membro inferior: colocar

a perna esquerda por cima da perna direita e promover a flexão e extensão, 1 série de 10 repetições.

- Abordar o utente pelo lado afetado e realizar exercícios de facilitação cruzada: colocada a mesa de cabeceira do utente do lado esquerdo, ou seja, do lado do membro afetado, para que o P2 cruzasse a linha média para o lado afetado e até promover a realização de atividades com o lado afetado.
- Avaliar a necessidade de dispositivos auxiliares (como pesos ou a banda elástica);
- Realização de outras atividades terapêuticas (1 série de 10 repetições):
 - Rolar para o lado não afetado (direito) e para o lado afetado (esquerdo);
 - Fazer a ponte
 - Rotação controlada da anca
 - Carga no cotovelo
 - Levante e transferência para cadeirão
 - Treino para ficar de pé
 - Treino da motricidade fina (recurso ao telemóvel)
 - Incorporar atividades/AVD's (beber água, realizar a barba, tomar banho, vestir e calçar...).
- Adaptar o número de repetições à condição física e psicológica do utente;
- Avaliar quanto à presença de sinais de cansaço, dispneia ou sobrecarga cardíaca, que determinem a necessidade de interromper ou fazer uma pausa na realização do treino;
- Promover ambiente calmo e sem distrações;
- Reforçar positivamente os momentos em que mantém a atenção focada no treino e os movimentos que consegue completar de forma autónoma (mobilizações ativas).

(Araújo et al., 2021; Bulechek et al., 2010)

Espasticidade, Risco (no hemicorpo esquerdo)

Segundo o Browser CIPE, versão 2019, disponibilizado online pela Ordem dos Enfermeiros, a Espasticidade trata-se de um “processo do sistema musculoesquelético comprometido: contração descontrolada dos músculos esqueléticos; aumento do tónus muscular; rigidez muscular e movimentos descoordenados”. Este diagnóstico foi levantado dado que, após um AVC, o hemicorpo lesado apresenta uma hipotonia, que

poderá ser seguida de um aumento do tónus, que resulta em resistência ao movimento e, embora seja impossível prevenir a 100% o seu aparecimento, é possível reduzir o seu desenvolvimento (Araújo et al., 2021).

Intervenções:

- Utilização da Escala de *Ashworth* para avaliar o tónus muscular;
- Avaliar a presença de dor na mobilização, e prevenir a mesma, nomeadamente o ombro doloroso;
- Posicionamento em padrão antiespástico;
- Avaliar o conhecimento e capacidades do utente sobre técnicas de exercício muscular e articular (passivo, ativo, ativo-assistido ou ativo-resistido);
- Executar técnicas de exercício muscular e articular (passivo, ativo, ativo-assistido ou ativo-resistido, adaptadas aos resultados da avaliação), tendo em conta o limite da amplitude articular, e de preferências em séries de 10 repetições:

Técnica	Descrição
Membro Superior	
Mobilização dos dedos da mão	Flexão e extensão dos dedos (plano sagital)
	Adução e abdução dos dedos (plano frontal)
	- Flexão e extensão do polegar (plano sagital) - Adução e abdução do polegar (plano frontal) - Oponência do polegar
Mobilização do punho	Flexão e extensão do punho (plano sagital)
	Desvio radial/cubital (plano frontal)
Mobilização do antebraço	Supinação/pronação (Plano horizontal, eixo longitudinal)
Mobilização do cotovelo	Flexão e extensão (No plano sagital, eixo latero-lateral)
Mobilização do ombro	Rotação interna/externa (plano horizontal)
	Adução e abdução (plano frontal)
	Flexão (até aos 90°) e Extensão (plano sagital)
	Elevação/depressão (plano frontal)
	Circundação (nos vários planos)
Membro Inferior	
Mobilização dos dedos do pé	Flexão e extensão dos dedos (plano sagital)
	Adução/abdução dos dedos (plano frontal)
Mobilização da articulação Tibiotársica	Eversão/inversão (plano frontal)
	Dorsiflexão/ flexão plantar (plano sagital)
Mobilização do joelho	Flexão/extensão (plano sagital)
Mobilização da articulação coxofemoral	Rotação interna/externa (plano horizontal)
	Adução/abdução (plano frontal)
	Flexão/ extensão (plano sagital)
	Circundação

- Ensinar, instruir e incentivar técnicas de exercício muscular e articular passivo, ativo, ativo-assistido ou ativo-resistido;
- Promover a consciencialização da relação entre exercícios musculares e articulares e tónus muscular;
- Promover a consciencialização da importância do posicionamento em padrão antiespástico, mesmo quando o P2 se automobiliza;
- Monitorizar a amplitude do movimento articular (através da goniometria);
- Avaliar o movimento articular;
- Estabilização articular;
- Adaptar o número de repetições à condição física e psicológica do utente;
- Avaliar quanto à presença de sinais de cansaço, dispneia ou sobrecarga cardíaca, que determinem a necessidade de interromper ou fazer uma pausa na realização do treino;
- Promover ambiente calmo e sem distrações;
- Reforçar positivamente os momentos em que mantém a atenção focada no treino e os movimentos que consegue completar de forma autónoma (mobilizações ativas).

(Araújo et al., 2021; Bulechek et al., 2010)

Equilíbrio, Comprometido

O equilíbrio é “*Status*: segurança do corpo e coordenação dos músculos, ossos e articulações para movimentar-se, pôr-se de pé, sentar-se ou deitar-se”, segundo o Browser CIPE, versão 2019, disponibilizado online pela Ordem dos Enfermeiros. É um diagnóstico que foi selecionado tendo em consideração que o P2 não apresentava inicialmente controlo da sua postura dinâmica em pé; o seu equilíbrio estático sentado, dinâmico sentado e estático em pé encontravam-se normais.

Intervenções:

- Realização do exame neurológico (visão, audição, propriocepção), que se encontra avaliado no capítulo 6 deste documento;
- Avaliar o equilíbrio através do Índice de Tinetti;
- Exercícios de rolar no leito;
- Exercício da ponte e de rotação controlada da anca (no leito);
- Realizar exercícios de facilitação cruzada;

- Exercícios de carga no cotovelo, no leito;
- Realizar levante, cruzando o membro saudável com o afetado;
- Enquanto sentado, o P2 foi aconselhado a manter o MSE em padrão antiespástico (tendo especial atenção aos dedos, dado que era onde apresentava maiores alterações) e os pés devidamente apoiados no chão;
- Recorrer ao uso do espelho para avaliação da postura;
- Proporcionar um ambiente seguro para a prática dos exercícios;
- Executar técnicas de equilíbrio estático e dinâmico;
- Instruir treino de equilíbrio:
 - Na posição sentado: auxiliar o utente a movimentar-se sentado, a estabilizar o tronco com os braços apoiados na cama/cadeirão;
 - Treino de equilíbrio na posição ortostática: apoiado numa superfície estática e firme (recorri ao auxílio do andarilho);
 - Treino de equilíbrio com correção postural, recorrendo ao espelho quadriculado.
- Fornecer dispositivos auxiliares de apoio ao equilíbrio (utilizado o andarilho);
- Treinar exercícios de sentar e levantar, para a realização da marcha;
- Realizar treino de marcha;
- Elucidar acerca do risco e fatores de queda.

(Araújo et al., 2021; Bulechek et al., 2010)

Andar, Comprometido

O Andar é definido como “Mobilizar: movimento do corpo de um lugar para 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” segundo o Browser CIPE, versão 2019, disponibilizado online pela Ordem dos Enfermeiros. Foi um diagnóstico selecionado dado que o P2 apresenta hemiparesia à esquerda, com alteração do equilíbrio dinâmico em pé, sem capacidade para se deslocar sozinho.

Intervenções:

- Instruir e treinar exercícios ativos e ativos-resistidos dos membros superiores, para ganho de força muscular, o que ajuda na adaptação ao auxiliar de marcha;
- Auxiliar ou vestir o utente com roupa e sapatos adequados;

- Verificar que o ambiente está seguro (existência de chão molhado, escorregadio ou irregular, existência de obstáculos), de modo a prevenir quedas;
- Encorajar a sentar inicialmente na cama, para facilitar ajustes posturais;
- Selecionar o auxiliar de marcha adequado ao utente;
- Informar sobre os dispositivos auxiliares, sobre a técnica de andar (inicia-se com avanço do auxiliar de marcha, 10 a 15cm, depois avança o membro afetado, suportando o peso do corpo no auxiliar de marcha e no membro afetado, e de seguida avança o membro são) e sobre como os utilizar durante o processo de transferência e deambulação;
- Ensinar sobre o ajuste correto do auxiliar de marcha (deve estar à altura do grande trocânter);
- Supervisionar o alinhamento corporal, a postura, a técnica, a resistência e a segurança e corrigir as alterações;
- Auxiliar o utente a colocar-se de pé e a deambular determinada distância;
- Colocação do EEER do lado afetado do utente;
- Instruir acerca da marcha: o peso deve ser transmitido através do calcanhar, com o pé totalmente apoiado no chão e com os pés paralelos;
- Reforçar a necessidade de contrariar o padrão da marcha ceifante (o arrastar do membro afetado);
- Ajudar, inicialmente e sempre que necessário, na marcha;
- Encorajar o utente a deambular, de forma mais autónoma, mas dentro dos limites seguros.

(Araújo et al., 2021; Bulechek et al., 2010)

Autocuidado, Comprometido

O autocuidado é definido, pelo Browser CIPE, versão 2019, disponibilizado online pela Ordem dos Enfermeiros, como “Atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária”. Assim sendo, concluo que o P2 apresenta os seguintes subdiagnósticos: Capacidade para tomar banho, capacidade para vestir-se e despir-se e capacidade para usar sanitário, Comprometidas.

Segundo o Browser referido, tomar banho é a “Capacidade: lavar o corpo, na totalidade ou parte”, vestir-se/despír-se é “Capacidade: vestir ou despir roupas

adequadas” e usar o sanitário é “Capacidade: realizar atividades de usar o sanitário para urinar e defecar”. São três diagnósticos agrupados dado que se relacionam e influenciam, sendo que muitas das intervenções que se aplicam a um, são aplicadas também aos outros dois. Inclui a incapacidade inicial do P2 em regular a temperatura e fluxo da água, em obter os objetos para o banho, em lavar e secar a parte superior e inferior do corpo, em retirar as roupas do armário, em se vestir e despir, na incapacidade de se calçar, de se posicionar na sanita, na dificuldade em fazer a sua higiene após urinar ou evacuar, e de usar dispositivos que o auxiliem nestas tarefas.

Intervenções:

- Avaliar a capacidade para a realização destes autocuidados, através da utilização da MIF;
- Incentivar a participação do P2 na realização da higiene das áreas corporais onde consegue chegar;
- Instruir a utilização de vestuário adequado e que facilite o processo de realização destes autocuidados, como camisolas sem botões;
- Instruir sobre os dispositivos de apoio para tomar banho, para se vestir e despir e para utilizar o sanitário (pinças de cabo longo, calçadeiras, barras laterais de segurança);
- Realizar ensinamentos acerca da prevenção de complicações (exemplo a prevenção de quedas, consciencializar para testar a temperatura da água com o lado não afetado);
- Instruir sobre a técnica do vestir (iniciar pelo membro afetado) e do despir (iniciar pelo membro saudável);
- Solicitar e incentivar a colaboração do utente, de acordo com as suas capacidades, para a realização destes autocuidados;
- Ensinar sobre a adaptação do domicílio (tábua de banheira, banco de apoio, barra de apoio fixa na parede).

(Bulechek et al., 2010; Lourenço et al., 2021)

Comunicação, Comprometida

“Comportamento interativo: dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não-verbais face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não

sincronizados” é a definição segundo o Browser CIPE, versão 2019, disponibilizado online pela Ordem dos Enfermeiros. A disartria, segundo a mesma fonte, é “enunciação pouco clara de palavras; as palavras não são completamente enunciadas; misturam-se ou são parcialmente eliminadas; associado com fraqueza dos músculos da articulação; lesão do sistema nervoso; uso de drogas ou pronúncia descuidada”.

A disartria trata-se de uma perturbação da articulação verbal, devido à diminuição de força, do tónus e/ou coordenação dos músculos do aparelho fonador, ou seja, não é uma perturbação cognitiva, mas sim muscular, que se caracteriza por dificuldade em produzir certos sons, o que torna o discurso pouco perceptível (Menoita, 2012).

O P2 apresentava disartria, mais evidenciada no primeiro dia de contacto com o utente, e que veio a melhorar ao longo dos dias.

Intervenções:

- Realização de exercícios de controlo da respiração;
- Realização de exercícios de mímica facial;
- Incentivar a comunicação (em voz alta), mesmo quando estava sozinho;
- Utilização do espelho para observação da paresia facial e das assimetrias da face.

(Bulechek et al., 2010; Lourenço et al., 2021)

APÊNDICE VIII – AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DE P3.

SEGMENTO	MOVIMENTO	AVALIAÇÃO A 11/10/2023	AVALIAÇÃO A 17/10/2023	AVALIAÇÃO A 20/10/2023
MEMBRO SUPERIOR				
OMBRO	Flexão	2	3	4
	Extensão	2	3	4
	Adução	2	3	4
	Abdução	2	3	4
	Rotação interna	2	3	4
	Rotação externa	2	3	4
COTOVELO	Flexão	2	3	4
	Extensão	2	3	4
ANTEBRAÇO	Pronação	2	3	4
	Supinação	2	3	4
PUNHO	Flexão palmar	1	2	3
	Dorsiflexão	1	2	3
	Desvio radial	1	2	3
	Desvio Cubital	1	2	3
	Circundação	1	2	3
DEDOS	Flexão	1	2	3
	Extensão	1	2	3
	Adução	1	2	3
	Abdução	1	2	3
	Circundação	1	2	3
	Oponência do polegar	1	2	3
MEMBRO INFERIOR				
COXOFEMORAL	Flexão	3	4	4
	Extensão	3	4	4
	Adução	3	4	4
	Abdução	3	4	4
	Rotação interna	3	4	4
	Rotação externa	3	4	4
JOELHO	Flexão	3	4	4
	Extensão	3	4	4
TIBIOTÁRSICA	Flexão plantar	3	4	4
	Flexão dorsal	3	4	4
	Inversão	2	3	4
	Eversão	2	3	4
DEDOS	Flexão	2	3	4
	Extensão	2	3	4
	Adução	2	3	4
	Abdução	2	3	4

APÊNDICE IX – AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DE P5.

SEGMENTO	MOVIMENTO	AVALIAÇÃO A 05/11/2023	AVALIAÇÃO A 11/11/2023	AVALIAÇÃO A 15/11/2023
MEMBRO SUPERIOR				
OMBRO	Flexão	0	1	2
	Extensão	0	1	2
	Adução	0	1	2
	Abdução	0	1	2
	Rotação interna	0	1	2
	Rotação externa	0	1	2
COTOVELO	Flexão	0	1	2
	Extensão	0	1	2
ANTEBRAÇO	Pronação	0	1	2
	Supinação	0	1	2
PUNHO	Flexão palmar	0	0	1
	Dorsiflexão	0	0	1
	Desvio radial	0	0	1
	Desvio Cubital	0	0	1
	Circundação	0	0	1
DEDOS	Flexão	0	1	2
	Extensão	0	1	2
	Adução	0	1	2
	Abdução	0	1	2
	Circundação	0	1	2
	Oponência do polegar	0	1	2
MEMBRO INFERIOR				
COXOFEMORAL	Flexão	2	2	3
	Extensão	2	2	3
	Adução	2	2	2
	Abdução	2	2	2
	Rotação interna	2	2	2
	Rotação externa	2	2	2
JOELHO	Flexão	2	2	2
	Extensão	2	2	2
TIBIOTÁRSICA	Flexão plantar	2	2	2
	Flexão dorsal	2	2	2
	Inversão	2	2	2
	Eversão	2	2	2
DEDOS	Flexão	1	2	2
	Extensão	1	2	2
	Adução	1	2	2
	Abdução	1	2	2

APÊNDICE X - AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DE P6.

SEGMENTO	MOVIMENTO	AVALIAÇÃO A 22/09/2023	AVALIAÇÃO A 27/09/2023	AVALIAÇÃO A 02/10/2023
MEMBRO SUPERIOR				
OMBRO	Flexão	3	3	4
	Extensão	3	3	4
	Adução	3	3	4
	Abdução	3	3	4
	Rotação interna	2	2	3
	Rotação externa	2	2	3
COTOVELO	Flexão	2	2	4
	Extensão	2	2	4
ANTEBRAÇO	Pronação	2	2	3
	Supinação	2	2	3
PUNHO	Flexão palmar	2	3	4
	Dorsiflexão	2	3	4
	Desvio radial	2	2	3
	Desvio Cubital	2	2	3
	Circundação	2	2	3
DEDOS	Flexão	2	3	4
	Extensão	2	3	4
	Adução	2	3	4
	Abdução	2	3	4
	Circundação	2	3	4
	Oponência do polegar	2	3	4
MEMBRO INFERIOR				
COXOFEMORAL	Flexão	2	2	4
	Extensão	2	2	4
	Adução	2	2	4
	Abdução	2	2	4
	Rotação interna	2	2	3
	Rotação externa	2	2	3
JOELHO	Flexão	2	2	3
	Extensão	2	2	3
TIBIOTÁRSICA	Flexão plantar	2	2	3
	Flexão dorsal	2	2	3
	Inversão	2	2	3
	Eversão	2	2	3
DEDOS	Flexão	2	3	3
	Extensão	2	3	3
	Adução	2	2	3
	Abdução	2	2	3


APÊNDICE XI - SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO: “MANUTENÇÃO DE AMBIENTE SEGURO – PREVENÇÃO DE QUEDAS NO DOMICÍLIO”.

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

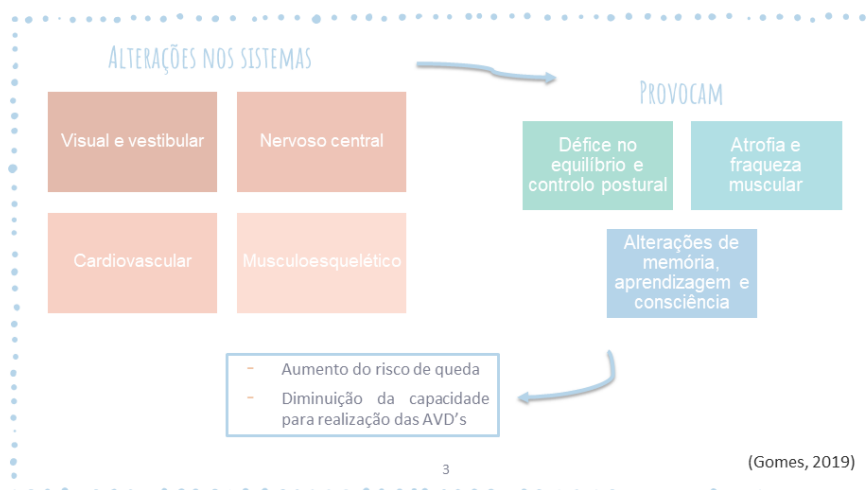
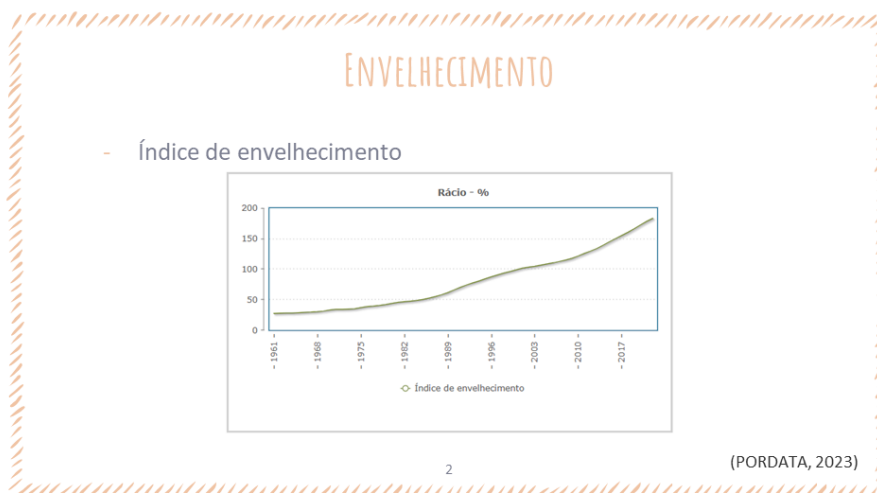
UCC Monte Mor

ACES ALENTEJO CENTRAL

MANUTENÇÃO DE AMBIENTE SEGURO – PREVENÇÃO DE QUEDAS NO DOMICÍLIO



Aluna do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Helena Cachola



QUEDAS



4

(Magueja, 2022)

QUEDAS

- 1 em cada 3 idosos, com mais de 80 anos, sofre pelo menos 1 queda por ano, sendo que 1 em cada 5 destas quedas necessita de cuidados médicos e 1 em cada 20 resulta em fratura;
- Provocam consequências na perda de autonomia ou até incapacidades, que condicionam significativamente a qualidade de vida dos idosos e cuidadores;



5

(Gomes et al, 2019)

PRINCIPAIS CONSEQUÊNCIAS DAS QUEDAS

Físicas

Feridas, escoriações, hematomas, fraturas, hemorragias, morte e outras.



Psicológicas

Medo de voltar a cair, ansiedade, depressão, perda de autoestima, isolamento, sedentarismo, dependência. Pode levar à institucionalização.



Sociais

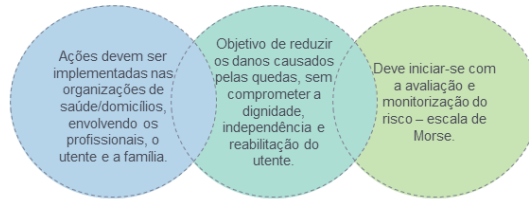
Aumento dos custos com recursos humanos e materiais, devido ao aumento do tempo de internamento e à necessidade de ajuda por diminuição da autonomia.



6

(Magueja, 2022)

PREVENÇÃO DE QUEDAS



7

(Magueja, 2022)

PREVENÇÃO DE QUEDAS



8

(Magueja, 2022)

PREVENÇÃO



Guardar os objetos de uso regular em locais mais baixos e de fácil acesso



Pisos antiderrapantes



Barras de apoio



Ajustar a altura das camas/cadeiras (se possível)



Corrimões nos corredores e nas escadas



Não deixar o chão molhado

9

(Magueja, 2022)

Retirar tapetes de casa (ou usar tapetes antiderrapantes)

Se possível adaptar rampas em substituição de degraus

Ter uma boa iluminação na casa (principalmente à noite)

Os interruptores devem estar num local de fácil acesso e perto da cama, se for necessário levantar-se durante a noite

Evitar móveis nos locais de passagem

Remover o que não se encontra estável (fios soltos, por exemplo)

Uso de sapatos fechados e bem adaptados

10 (Magueja, 2022)

EM SUMA...

Dicas para uma casa mais segura

TERIA O INTERRUPTOR PRÓXIMO DA CAMA E SEMPRE UM REGULADOR DA LUMINOSIDADE À NOITE

TERIA APOIO PARA AS MÃOS NO BANHEIRO E TAPETE DE BORDAGEM COLADO NO CHÃO ANTES DO CHUVERO

NÃO QUANTO OBJETOS EM LOCAIS IMPROPRIOS SOB EM BANCOS OU COFRES E MUITO ABRIGADOS

DE PREFERÊNCIA PARA MÓBIS COM OS CANTOS ARREDONDADOS E FÁCEIS A PASSAR O COLMO

USO COMBINAÇÃO EM TOCA NA ESCALERA E NELLO MOMENTO ANTIDERRAPANTE NOS PISOS E DEGRÁUS

RETIRAR OS TAPETES IMPROPRIOS E ESTABILIZAR BOLSOS NO PISO, ELER FUNDOS E BOLSOS DE QUEDA

11

O PLANO NACIONAL PARA A SEGURANÇA DO DOENTE 2021-2026

- A segurança é um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde. Como tal, a DGS traçou vários objetivos através do Plano, nomeadamente a prevenção de quedas através da implementação de medidas preventivas.
- Assim sendo, é essencial que exista um conjunto de ações preventivas por parte de uma equipa multidisciplinar, que promova medidas preventivas adequadas a cada utente e às alterações identificadas.

12 (Direção-Geral da Saúde, 2022)

DIA MUNDIAL DA PREVENÇÃO DE QUEDAS



Prevenção de Quedas em casa



(Centro Hospitalar Universitário de São João, 2020)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Centro Hospitalar Universitário de São João. (2020). *São João e FMUP criam conselhos úteis para prevenir quedas na população idosa*. <https://portal-chsj.min-saude.pt/media/noticias/noticia/sao-joao-e-fmup-criam-conselhos-uteis-para-prevenir-quedas-na-populacao-idosa>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>
- Gomes, J. J. (2019). *Enfermagem de Reabilitação na prevenção de quedas em idosos no domicílio*. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28678/1/Relat%3%b3rio%20-%20Vers%3%a3o%20Definitiva.pdf>
- Gomes, J., Soares, C. M., & Bule, M. José. (2019). *Enfermagem de reabilitação na prevenção de quedas em idosos no domicílio*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(1), 11–17. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.02.4571>
- Magueja, C. M. P. (2022). *Prevenção de Quedas - Plano Nacional de Segurança do Doente*. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/44580/1/MEGE_3640_original.pdf

ANEXOS

ANEXO I - ESCALA DE MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (Direção-Geral da Saúde, 2011, p.16).

Anexo IV – Escala de Medida de Independência Funcional (MIF)

APELIDO _____	NOME _____	IDADE _____	SEXO _____	P.U.nº <input type="text"/>
DIAGNÓSTICO _____				

INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

NÍVEL	7 Independência completa (em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada (dispositivo)	SEM AJUDA												
	Dependência modificada 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo >= 75%) 3 Ajuda moderada (indivíduo >= 50%) Dependência completa 2 Ajuda máxima (indivíduo >= 25%) 1 Ajuda total (indivíduo < 25%)	AJUDA												
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;">MÊS</th> <th style="width: 10%;">ANTES</th> <th style="width: 10%;">1M</th> <th style="width: 10%;">3M</th> <th style="width: 10%;">6M</th> <th style="width: 10%;">12M</th> </tr> <tr> <td>DATA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	MÊS	ANTES	1M	3M	6M	12M	DATA						
MÊS	ANTES	1M	3M	6M	12M									
DATA														
	AUTO-CUIDADOS													
	A. Alimentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	B. Higiene pessoal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	C. Banho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	D. Vestir metade superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	E. Vestir metade inferior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	F. Utilização da sanita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	CONTROLO DOS ESFINCTERES													
	G. Bexiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	H. Intestino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	MOBILIDADE													
	TRANSFERÊNCIAS													
	I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	J. Sanita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	K. Banheira, Duche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	LOCOMOÇÃO													
	L. Marcha, Cadeira de Rodas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	M. Escadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	COMUNICAÇÃO													
	N. Compreensão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	O. Expressão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	CONSCIÊNCIA DO MUNDO EXTERIOR													
	P. Interação social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	Q. Resolução dos problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	R. Memória	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	TOTAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

NOTA: Não deixa nenhum em branco; se não testável marque 1

ANEXO II - QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA GENÉRICO (Ferreira et al., 2013).



AVALIAÇÃO DE GANHOS EM SAÚDE
QUESTIONÁRIO EQ-5D

Assinale com uma cruz (assim) um quadrado de cada um dos seguintes grupos, indicando qual das afirmações melhor descreve o seu estado de saúde hoje.

► **Mobilidade**

- Não tenho problemas em andar ₁
Tenho alguns problemas em andar ₂
Tenho de estar na cama ₃

► **Cuidados Pessoais**

- Não tenho problemas com os meus cuidados pessoais ₁
Tenho alguns problemas em lavar-me ou vestir-me ₂
Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a ₃

► **Actividades Habituais** (*ex. trabalho, estudos, actividades domésticas, actividades em família ou de lazer*)

- Não tenho problemas em desempenhar as minhas actividades habituais ₁
Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas actividades habituais ₂
Sou incapaz de desempenhar as minhas actividades habituais ₃

► **Dor / Mal-estar**

- Não tenho dores ou mal-estar ₁
Tenho dores ou mal-estar moderados ₂
Tenho dores ou mal-estar extremos ₃

► **Ansiedade / Depressão**

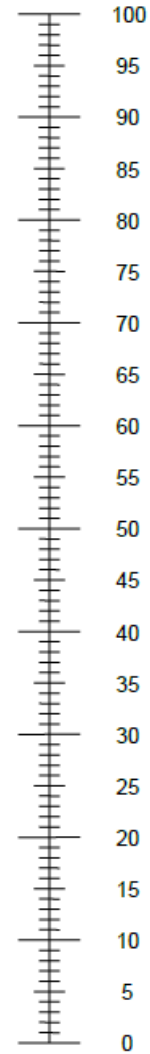
- Não estou ansioso/a ou deprimido/a ₁
Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a ₂
Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a ₃

► Gostaríamos de saber o quanto a sua saúde está boa ou má HOJE

- A escala está numerada de 0 a 100.
- 100 significa a melhor saúde que possa imaginar.
O significa a pior saúde que possa imaginar.
- Coloque um X na escala de forma a demonstrar como a sua saúde se encontra HOJE.
- Agora, por favor, escreva o número que assinalou na escala no quadrado abaixo.

A SUA SAÚDE HOJE =

A melhor saúde que
possa imaginar



A pior saúde que
possa imaginar

Muito obrigado por ter preenchido este questionário.

ANEXO III - ÍNDICE DE TINETTI (Apóstolo, 2012, pp. 25-27).

POMA I

(PERFORMANCE-ORIENTED ASSESSMENT OF MOBILITY I – BALANCE)

AVALIAÇÃO DA MOBILIDADE E EQUILIBRIO ESTÁTICO E DINÂMICO

TESTE DE TINETTI

EQUILIBRIO ESTÁTICO

CADEIRA:

1. EQUILÍBRIO SENTADO
0 – inclina – se ou desliza na cadeira
1 – inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira
2 – estável, seguro
2. LEVANTAR –SE
0 – incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio
1 – capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão do tronco ou não consegue à 1ª tentativa
2 – capaz na 1ª tentativa sem usar os braços
3. EQUILIBRIO IMEDIATO (primeiros 5 segundos)
0 – instável (cambaleante, move os pés, marcadas oscilações do tronco, tenta agarrar algo para suportar-se)
1 – estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se
2 – estável sem qualquer tipo de ajudas
4. EQUILIBRIO EM PÉ COM OS PÉS PARALELOS
0 – instável
1 – estável mas alargando a base de sustentação (calcanhares afastados > 10 cm) ou recorrendo a auxiliar de marcha para apoio
2 – pés próximos e sem ajudas
5. PEQUENOS DESIQUILÍBRIOS NA MESMA POSIÇÃO (sujeito de pé com os pés próximos, o observador empurra-o levemente com a palma da mão, 3 vezes ao nível do esterno)
0 – começa a cair
1 – vacilante, agarra-se, mas estabiliza
2 – estável
6. FECHAR OS OLHOS NA MESMA POSIÇÃO
0 – instável
1 – estável
7. VOLTA DE 360° (2 vezes)
0 – instável (agarra – se, vacila)
1 – estável, mas dá passos descontínuos
2 – estável e passos contínuos
8. APOIO UNIPODAL (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável)
0 – não consegue ou tenta segurar-se a qualquer objecto
1 – aguenta 5 segundos de forma estável
9. SENTAR-SE
0 – pouco seguro ou cai na cadeira ou calcula mal a distância
1 – usa os braços ou movimento não harmonioso
2 – seguro, movimento harmonioso

Pontuação: _____ / 16

© Elisa Petiz
FCDEF-UP 2001

1

EQUILIBRIO DINÂMICO – MARCHA

Instruções: O sujeito faz um percurso de 3m, na sua passada normal e volta com passos mais rápidos até à cadeira. Deverá utilizar os seus auxiliares de marcha habituais.

10. INÍCIO DA MARCHA (imediatamente após o sinal de partida)
0 – hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar
1 – sem hesitação
11. LARGURA DO PASSO (pé direito)
0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio
1 – ultrapassa o pé esquerdo em apoio
12. ALTURA DO PASSO (pé direito)
0 – o pé direito não perde completamente o contacto com o solo
1 – o pé direito eleva-se completamente do solo
13. LARGURA DO PASSO (pé esquerdo)
0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio
1 – ultrapassa o pé direito em apoio
14. ALTURA DO PASSO (pé esquerdo)
0 – o pé esquerdo não perde totalmente o contacto com o solo
1 – o pé esquerdo eleva-se totalmente do solo
15. SIMETRIA DO PASSO
0 – comprimento do passo aparentemente assimétrico
1 – comprimento do passo aparentemente simétrico
16. CONTINUIDADE DO PASSO
0 – pára ou dá passos descontínuos
1 – passos contínuos
17. PERCURSO DE 3m (previamente marcado)
0 – desvia-se da linha marcada
1 – desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha
2 – sem desvios e sem ajudas
18. ESTABILIDADE DO TRONCO
0 – nítida oscilação ou utiliza auxiliar de marcha
1 – sem oscilação mas com flexão dos joelhos ou coluna ou afasta os braços do tronco enquanto caminha
2 – sem oscilação, sem flexão, não utiliza os braços, nem auxiliares de marcha
19. BASE DE SUSTENTAÇÃO DURANTE A MARCHA
0 – calcanhares muito afastados
1 – calcanhares próximos, quase se tocam

Pontuação: _____ / 12

Pontuação total: _____ / 28

Fonte: Mary E. Tinetti – YALE UNIVERSITY (with permission)

ANEXO IV - ESCALA DE AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DA MEDICAL RESEARCH COUNCIL (MRC) (Sebastião, 2016, p.114).

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR - COUNCIL	
Medical Research Council (MRC Scale, 1943)	
Não apresenta movimento muscular nem articular. Não se observa contração muscular-paralisia total	0
Não usa o músculo para mover a articulação: percebem-se apenas pequenas contrações musculares, mas sem movimento	1
Amplitude completa de movimento, mas sem vencer a gravidade	2
Amplitude completa do movimento, vence a gravidade, mas não uma resistência mínima adicional	3
Amplitude completa do movimento, vence a gravidade com alguma resistência adicional	4
Amplitude normal e completa dos movimentos – força normal	5

ANEXO V – ESCALA NUMÉRICA DE AVALIAÇÃO DA DOR (Direção-Geral da Saúde, 2003, p. 2).

Escala Numérica

Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor Máxima
----------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	-------------------

ANEXO VI – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE



PARECER

Nº. Pedido 20/ Data 28/10/2023

Ref. SC/2023/15143

COMISSÃO DE ÉTICA

A Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre, vem deste modo informar que deliberou emitir *Parecer Positivo* relativamente às questões éticas envolvidas no estudo "Qualidade de vida no idoso com dependência funcional: impacto de um programa de reabilitação durante o internamento", no âmbito do Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da responsabilidade da investigadora Helena Sofia Mira Cachola, sob a orientação do Sr. Prof. José Manuel Afonso Moreira.

A Presidente da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre

Assinado por: ANA PAULA CALADO BAPTISTA

ENES DE OLIVEIRA

Num. de Identificação: B1073081388

Data: 2023.12.07 11:40:14+00'00"



Ana Paula Enes de Oliveira

07-12-2023

ANEXO VII – ESCALA DE *ASHWORD* MODIFICADA - AVALIAÇÃO DO TÓNUS MUSCULAR (Caldeira, 2022).

Grau	Observações clínicas
0	Tónus muscular normal
1	Ligeiro aumento do tónus muscular manifestado por tensão momentânea ou por mínima resistência no final da amplitude de movimento, quando a região afetada é movida em flexão ou extensão
1+	Ligeiro aumento do tónus muscular manifestado por tensão súbita, seguida de resistência mínima em menos de metade da amplitude do movimento restante
2	Aumento mais acentuado no tónus muscular durante a maioria da amplitude do movimento
3	Aumento considerável do tónus muscular, movimento passivo difícil
4	Segmentos afetados rígidos na flexão ou na extensão

ANEXO VIII - ESCALA MODIFICADA DE BORG (AVALIAÇÃO DA DISPNEIA)
(Cavallazzi et al., 2005).

0	Nenhuma
0,5	Muito, muito leve
1	Muito leve
2	Leve
3	Moderada
4	Pouco intensa
5	Intensa
6	
7	Muito intensa
8	
9	Muito, muito intensa
10	Máxima

ANEXO IX – CERTIFICADO DE REALIZAÇÃO DO CURSO DE MASSAGEM TERAPÊUTICA E BANDAS NEUROMUSCULARES



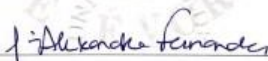
PROMETHEUS

Certificado

Certifica-se que **Helena Sofia Mira Cachola**, com o nº de identificação **15027998** concluiu na Universidade de Évora o **Curso de Formação em Massagem terapêutica e Bandas Neuromusculares**, num total de **52 horas**, no período de 3 de junho de 2023 a 17 de junho de 2023, com a classificação final de **17 valores**.

Universidade de Évora, 20 de novembro de 2023

A Diretora dos Serviços Académicos da Universidade de Évora,


M^ª Alexandra Fernandes



FICHA DO CURSO DE FORMAÇÃO / MICROCREDENCIAL

Massagem terapêutica e Bandas Neuromusculares

Helena Sofia Mira Cachola

Pais/Região emissora: Portugal

Entidade emissora: Universidade de Évora

Data de emissão: 20/11/2023

Entidade formadora: Universidade de Évora

Carga de trabalho necessária para atingir os resultados de aprendizagem: 2 ECTS

Nível da experiência de aprendizagem conducente à microcredencial, de acordo com o Quadro Europeu de Qualificações: Microcredencial de nível V de acordo com o Quadro Europeu de Qualificações

Resultados de aprendizagem:

Desenvolver competências para a aplicação da massagem terapêutica e de bandas neuromusculares na reeducação / otimização de funções motoras e neuromusculares.

Competências a desenvolver:

- Compreensão dos conceitos que fundamentam as técnicas de massagem e de aplicação de bandas neuromusculares;
- Desenvolver a avaliação diagnóstica por palpação, testes de força muscular e amplitude articular;
- Desenvolver o raciocínio clínico de diagnóstico e prescrição em lesões neuromusculares;
- Capacitação para aplicar técnicas de massagem terapêutica e bandas neuromusculares.

Forma de participação na atividade de aprendizagem:

Total de horas do curso: 52 Total de horas de contacto presenciais: 15 Total de horas de contacto síncrono à distância: - Total de horas de contacto assíncrono à distância: -

Tipo de avaliação: Formativa e sumativa

Garantia da qualidade: Curso aprovado pelo Conselho Científico e Conselho Pedagógico da Escola e homologado pela Reitora da Universidade de Évora

Classificação: 17 valores



ANEXO X – CERTIFICADOS DE PARTICIPAÇÃO EM WEBINARS DA ORDEM DOS ENFERMEIROS



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

HELENA SOFIA MIRA CACHOLA

membro nº **92114** desta Ordem, participou no(a) "**Enfermagem às Quintas: Formação, Investigação e Inovação na Prática da Gestão em Enfermagem**", realizado no dia **15 de Dezembro de 2022**, com duração total de **2 horas**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Porto, 15 de Dezembro de 2022

O Presidente do Conselho Directivo Regional do Norte

A handwritten signature in blue ink, which appears to read 'João Paulo Marques de Carvalho'.

João Paulo Marques de Carvalho

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

HELENA SOFIA MIRA CACHOLA

membro nº **92114** desta Ordem, participou no(a) **"ReaBinar - Reabilitação à pessoa amputada"**, realizado **no dia 28 de Março de 2023**, com duração total de **2h30**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Porto, 28 de Março de 2023

O Presidente do Conselho Directivo Regional do Norte

João Paulo Marques de Carvalho

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribuí **0,37** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Actividades Formativas.