

Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de
Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de
Portalegre - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior
de Saúde Universidade do Algarve - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Reabilitação

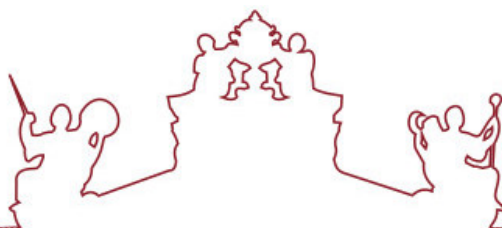
Relatório de Estágio

Programa de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa Idosa com alterações da Mobilidade e Morbilidades Associadas

Rita Isabel Augusto Guerrinha

Orientador(es) | Rogério Manuel Ferrinho Ferreira

Évora 2026



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de
Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de
Portalegre - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior
de Saúde Universidade do Algarve - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

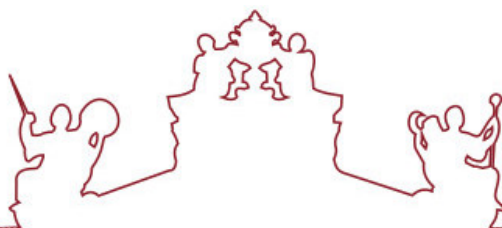
Programa de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa Idosa com alterações da Mobilidade e Morbilidades Associadas

Rita Isabel Augusto Guerrinha

Orientador(es) | Rogério Manuel Ferrinho Ferreira

Évora 2026





O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente		Maria Alice Gois Ruivo (Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde)
Vogais		Florbela Bia (Universidade de Évora) José Manuel Afonso Moreira (Universidade de Évora) (Arguente) Rogério Manuel Ferrinho Ferreira (Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde) (Orientador)

*"Dentro ou fora de mim, todos os dias acontece algo que me surpreende,
algo que me comove, desde a possibilidade do impossível a todos os sonhos e ilusões."*

José Saramago

AGRADECIMENTOS

Venho agradecer aos enfermeiros especialistas que orientaram o meu percurso durante este processo, Ana Narra, Inês Buinho, Elsa Pires e João Rocha, cada um de vocês foi um exemplo inspirador.

Agradeço ao meu orientador, Professor Rogério Ferreira, pela sua disponibilidade, por as palavras de amizade e leveza.

Agradeço aos meus colegas de turma, fizeram a diferença, em especial Ana Duque, Inês Luciano e Ana Pinto, sempre prontas a ajudar e com uma palavra amiga.

Aos meus colegas de serviço e chefe Maria Manuela, obrigada pelo apoio e compreensão durante este tempo.

À minha amiga Joana, por acolher os meus desabafos.

Obrigada, à minha família, por compreenderem a minha ausência, perdoarem as minhas irritações e responderem sempre com carinho, em especial Mãe, Pai e Zezinho, obrigada por acreditarem sempre em mim.

E por último,

Obrigada Tiago, meu amor, companheiro e amigo de todas as horas, obrigada por cuidares de mim, seres o meu apoio e incentivo a ser melhor. Foste todos os dias, sem exceção, a força e o colo que tanto precisei.

RESUMO

Enquadramento: O envelhecimento apresenta relevância pelo seu aumento exponencial. A enfermagem de reabilitação, possibilita a alteração de hábitos, promovendo a independência, através da mobilidade. **Objetivo:** Descrever a aquisição de competências de Mestre e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. **Métodos:** Utilização de uma metodologia de natureza qualitativa, descritiva, sob os referenciais teóricos de Dorothea Orem e Afaf Meleis. Implementação de um programa de mobilidade, com desenvolvimento das capacidades físicas: mobilidade articular, força muscular, equilíbrio, e resistência aeróbia. Foi selecionada uma amostra acidental, composta por idosos com alterações da mobilidade. Foram realizadas avaliações pré e pós programa das suas capacidades funcionais. **Resultados:** Existiram melhorias na funcionalidade e mobilidade, com evidências na força muscular, equilíbrio e capacidade funcional. **Conclusão:** Foram adquiridas as competências previstas, através da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, resultando em ganhos em saúde.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação; Idosos; Mobilidade; Funcionalidade; Exercício.

“REHABILITATION NURSING PROGRAM FOR OLDER ADULTS WITH MOBILITY LIMITATIONS AND ASSOCIATED COMORBIDITIES”

ABSTRACT

Background: Aging is a significant issue due to its exponential growth. Rehabilitation nursing enables lifestyle changes and promotes independence through mobility. **Objective:** To describe the acquisition of competencies for a Master's degree and a Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing. **Methods:** A qualitative, descriptive methodology was used, based on the theoretical frameworks of Dorothea Orem and Afaf Meleis. A mobility program was implemented to develop physical abilities: joint mobility, muscle strength, balance, and aerobic endurance. A random sample was selected, consisting of older adults with mobility impairments. Pre and post program assessments of their functional abilities were conducted. **Results:** Improvements were observed in functionality and mobility, with evidence in muscle strength, balance, and functional capacity. **Conclusion:** The anticipated competencies were acquired through the provision of rehabilitation nursing care, resulting in health gains. **Keywords:** Rehabilitation Nursing; Older adults; Mobility; Functionality; Exercise.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSM- *American College of Sports Medicine*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVDs - Atividades de Vida Diárias

APA - *American Psychological Association*

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EE - Enfermeiro especialista

EEER - Enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação

ER - Enfermagem de Reabilitação

DGS – Direção Geral de Saúde

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

FC- Frequência Cardíaca

FITTVP - Frequência, Intensidade, Tempo, Tipo de exercício, Volume e Progressão

FM- Força Muscular

ICN - *International Council of Nurses*

INE - Instituto Nacional de Estatística

JBI - *Joanna Briggs Institute*

MRC - Medical Research Council

NIHSS - *National Institute of Health Stroke Scale*

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PSE - Perceção Subjetiva do Esforço

TAVI - *Transcatheter Aortic Valve Implantation*

UAVC- Unidade de Acidente Vascular Cerebral

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia

ULSAC – Unidade Local de Saúde do Alentejo Central

UHDP – Unidade de Hospitalização Domiciliária Polivalente

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1. APRECIACÃO DO CONTEXTO.....	17
1.1 Serviço de Cardiologia.....	17
1.2 Unidade de AVC.....	18
1.3 Unidade de Hospitalização Domiciliária Polivalente.....	19
2. ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	22
2.1 Enquadramento teórico e conceptual	22
2.1.1 Envelhecimento Populacional.....	22
2.1.2 Processo de Envelhecimento e Alterações da Mobilidade	24
2.1.3 Morbilidade e Comorbilidade em Portugal	26
2.1.4 Envelhecimento Ativo	29
2.1.5 Mobilidade	31
2.1.6 Recomendações.....	32
3. REFERENCIAL TEÓRICO	36
4. PLANO DE INTERVENÇÃO – Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa Idosa com Comorbilidades e Alterações da Mobilidade.....	39
4.1 Programa de mobilidade.....	45
5. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	49
5.1 Resumo	49
5.2 Introdução	49
5.3 Metodologia.....	50
5.4 Resultados	53
5.5 Discussão.....	63
5.6 Conclusão	67
6. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL.....	69
6.1 Metodologia.....	69
6.2 População e Amostra	70

6.3 Instrumentos de Colheita de Dados.....	70
6.4 Considerações Éticas.....	72
6.5 Resultados	73
6.6 Discussão dos Resultados.....	93
7. ANÁLISE REFLEXIVA ACERCA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS	109
7.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	110
7.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	119
7.3 Competências de Mestre	127
CONCLUSÃO.....	129
REFERÊNCIAS.....	132
APÊNDICES.....	142
ANEXOS	155

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Focos, Diagnósticos, Intervenções e Resultados Esperados	40
Tabela 2- Programa de mobilidade de acordo com os princípios FIITVP	47
Tabela 3- Aplicação da metodologia PICO	50
Tabela 4- Síntese dos artigos incluídos na Revisão Integrativa da Literatura	53
Tabela 5 - Tempo de intervenção, ganhos específicos e recomendações dos estudos utilizados para a revisão	61
Tabela 6 - Caracterização da Amostra	93
Tabela 7 - Síntese dos resultados da avaliação de Índice de Barthel	100
Tabela 8 - Síntese dos resultados da avaliação do Teste de Tinetti	105
Tabela 9 - Índice de Barthel	157
Tabela 10 - Total de Índice de Teste de Tinetti Pré e Pós Intervenção	159
Tabela 11 - Escala de avaliação da Força Muscular Medical Research Council Muscle Scale	162

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Metodologia de pesquisa, PRISMA 2020	52
Figura 2 - Número de sessões administradas em cada estudo.....	60
Figura 3 - Preponderância das componentes avaliadas nos estudos	62
Figura 4 - Evolução de P1 na avaliação da FM pela Escala de Força MRC	75
Figura 5 - Evolução da Avaliação Índice de Barthel de P1.....	77
Figura 6 - Evolução de P2 na avaliação da FM pela Escala de Força MRC	79
Figura 7 - Evolução da Avaliação Índice de Barthel de P2.....	81
Figura 8 - Evolução de P3 na avaliação da FM pela Escala de Força MRC	82
Figura 9- Evolução da Avaliação Índice de Barthel de P3.....	84
Figura 10 - Evolução de P3 na avaliação da FM pela Escala de Força MRC	86
Figura 11 - Evolução da Avaliação do Índice de Barthel de P4.....	87
Figura 12 - Evolução da Avaliação do Índice de Barthel de P5.....	90
Figura 13 - Evolução de P6 na avaliação da FM pela Escala de Força MRC	92
Figura 14 - Distribuição da amostra por sexo	95
Figura 15 –Distribuição das Idades da amostra.....	95
Figura 16 - Fluxograma das componentes de intervenção em cada uma das áreas.....	98
Figura 17 - Ganhos de Funcionalidade com a avaliação de Índice de Barthel	101
Figura 18 - Relação entre número de intervenções e % de melhoria Índice de Barthel	101
Figura 19 - Total de Índice de Teste de Tinetti Pré e Pós Intervenção.....	105
Figura 20 - Panfleto realizado no contexto de estágio de Cardiologia: “10 dicas de utilização da terapêutica inalatória”	144
Figura 21 -Panfleto “ Exercícios de Reabilitação Cardíaca em Contexto Pós-Enfarte - Fase Intra Hospitalar	146
Figura 22 - Plano de Exercícios de Mobilidade para a Pessoa Pós- AVC em fase aguda	149
Figura 23 - Panfleto "Guia Orientador de Etiqueta Respiratória.....	151
Figura 24 - Escala de Borg ModificadaFonte - Elaboração própria, baseado em SNS (2025) e Gomes & Ferreira (2017).....	152
Figura 24 - Escala de Borg Modificada	164
Figura 24 - Escala de Borg Modificada.....	164

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio foi realizado no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem, na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (em associação), na área de Especialização de Reabilitação.

Neste trabalho pretendeu-se demonstrar, o processo de desenvolvimento de aquisição de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista [EE] e Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação [EEER], assim como as competências de Mestre, integrando conceitos teóricos e práticos desenvolvidos ao longo do processo.

O mestrado e especialidade em Enfermagem de Reabilitação [ER], prevê a realização de estágios em áreas de relevância para a aprendizagem dos domínios da ER e da posterior elaboração de um relatório de estágio. Os estágios realizados, foram desenvolvidos na Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, o primeiro estágio, da área cardiorrespiratória foi desenvolvido no serviço de cardiologia, o segundo estágio da área neurológica foi desenvolvido na Unidade de Acidente Vascular Cerebral [AVC] e o terceiro e último estágio na área de Ortopedia foi desenvolvido na Unidade de Hospitalização Domiciliária Polivalente, com uma passagem de observação pelo serviço de Ortopedia.

O tema selecionado para desenvolver todo este percurso foi “Programa de Enfermagem de Reabilitação à pessoa idosa com alterações da mobilidade e morbilidades associadas”.

A temática do envelhecimento tem uma relevância significativa pela tendência de aumento da população idosa a nível mundial (Vieira et al., 2023a), que consigo traz preocupações e problemáticas a que os profissionais de saúde devem estar atentos para poderem prevenir e apoiar, nomeadamente ao nível da funcionalidade e autonomia.

O processo de envelhecimento é um processo fisiológico, que tem por base alterações biológicas, que em conjunto com mudanças sociais, levam a um desgaste físico e mental, que culmina frequentemente no aparecimento de morbilidades (Ferreira et al., 2022b; Organização Mundial de Saúde [OMS], 2025).

As dificuldades funcionais surgem na sequência do envelhecimento e da progressão das morbilidades, causadas pela diminuição da função muscular e aptidão cardiorrespiratória (Izquierdo et al., 2021).

Nos últimos anos, existiu uma mudança de paradigma no conceito de envelhecimento, em que a procura do envelhecimento saudável evolui para algo que transcende apenas a necessidade de saúde, e se transformou num conceito mais integral, em que através de um conjunto de fatores, se procura um envelhecimento ativo (Vieira et al., 2023a). O objetivo

primordial de um envelhecimento ativo, é a promoção de um bem estar geral, através da conservação da funcionalidade da pessoa idosa, no ambiente em que está inserida, (ambiente físico, social e político), assim como a conservação das capacidades físicas e mentais, mesmo perante mudanças fisiológicas, com presença ou ausência de doença, tendo em conta as suas necessidades, objetivos e capacidades. Consegue-se através da proteção, segurança e oportunidades adequadas, para que o máximo potencial do bem estar físico, social e mental, estejam ao alcance dos idosos, através de políticas e mudanças de paradigmas (Vieira et al., 2023a).

O EEER desempenha uma função significativa na possibilidade de um envelhecimento mais ativo, através de um conjunto de competências que são desenvolvidas ao longo do processo de mestrado.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros [OE], estas competências são comuns a todos os EEER e compreendem um corpo de conhecimentos práticos e teóricos (Regulamento n.º 392/2019, 2019), com 3 grandes objetivos gerais: “J1. Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”; “J2. Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” e “J3. Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (Regulamento n.º 392/2019, 2019, p.13566).

As intervenções da ER são fundamentadas pelas competências específicas e determinadas pela capacidade de as aplicar, estas foram sendo trabalhadas ao longo dos estágios, especialmente durante a aplicação do programa desenvolvido.

De acordo com as competências específicas do EEER, os elementos essenciais das intervenções são a identificação das necessidades da pessoa, ao longo do ciclo de vida (Regulamento n.º 392/2019, 2019), incluindo na vida do idoso, na definição de objetivos, planeamento de intervenções e implementação das mesmas.

Num contexto de envelhecimento, os EEER poderão dar suporte à pessoa idosa através do desenvolvimento de planos e programas de intervenção que estimulem a melhoria da função, promoção da independência nas atividades de vida que estejam comprometidas, com o objetivo de reverter a incapacidade instalada ou criando alternativas que minimizem o impacto dessas limitações (Vieira et al., 2023a).

Na ER procura-se, a maximização do potencial da pessoa tendo em conta as suas capacidades funcionais e as suas limitações (Regulamento n.º 392/2019, 2019). Prevê-se uma intervenção direcionada à “promoção da autonomia, acessibilidade e participação social” assim como o treino de “adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da

autonomia e da qualidade de vida” (OE, 2019b, p. 13567), ou seja, a promoção da autonomia e mobilidade, é assegurada através de diferentes estratégias, ensino, treino e supervisão de técnicas, utilização de produtos de apoio, promoção de ambiente seguro, sensibilização das comunidades para maior inclusão das pessoas com necessidades e limitações, gestão do ambiente e da comunidade, sendo o objetivo primordial de todas estas maximizar o potencial da pessoa e suas capacidades (Ferreira, et al., 2025; Regulamento n.º 392/2019, 2019).

A evidência demonstra que a atividade física tem um papel central na prevenção de limitações funcionais e na redução do risco de desenvolver incapacidade relacionada com a mobilidade em idosos (Izquierdo et al., 2021). A mobilidade é, portanto, um componente essencial da capacidade funcional, influenciando diretamente a independência na realização das tarefas diárias.

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE®] (*International Council of Nurses* [ICN], 2016), o “padrão de mobilidade” é um foco descrito como comportamento, este é o que permite à pessoa autonomamente alternar entre o estado de repouso e atividade, sendo essa alternância, o que permite gerar movimento, possibilitando a capacidade da pessoa interagir como o mundo em volta, tendo independência para a realização das suas atividade de vida diárias, garantindo alguma qualidade de vida, a isto pode chamar-se mobilidade funcional (OE, 2013).

Por outro lado, a imobilidade está relacionada com a doença, dependência e compromete o processo de recuperação e a perda de autonomia da pessoa, tornando mais difícil o estado de saúde. Assim, a prevenção da imobilidade é o processo mais seguro, para garantir a recuperação e reabilitação da pessoa em processo de reabilitação, esta prevenção pode ser conseguida através da aplicação de exercício físico, como forma de tratamento de algumas patologias, assim como prevenção de outras (Mejía & López, 2024).

A escolha do tema e dos locais de estágio, baseou-se na procura da aquisição de competências específicas do EEER, a procura da melhoria da funcionalidade, independência e prevenção de complicações, numa população vulnerável, procurando maximizar o potencial da pessoa idosa e assim a sua qualidade de vida (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

O enfermeiro tem uma proximidade considerável com a população e pode ser um agente de mudança nos hábitos de vida através da intervenção no âmbito da reabilitação, uma vez que tem formação diferenciada e um enquadramento de vários conhecimentos que permitem a realização de uma prescrição de exercício adequada, à individualidade da pessoa das suas patologias e de encontro aos objetivos da pessoa, de forma realista (Ferreira et al., 2023).

O objetivo geral do presente relatório é descrever a aquisição e o desenvolvimento de competências de Mestre, de Enfermeiro Especialista e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Os objetivos específicos são, avaliar a funcionalidade da pessoa idosa, com alteração da mobilidade, utilizando instrumentos de avaliação validados e recomendados pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, de forma a quantificar, evidenciar e documentar os resultados pré e pós intervenção de ER; planejar e aplicar um programa de reabilitação, elaborado com base nos conhecimentos específicos obtidos ao longo do percurso de mestrado em enfermagem de reabilitação, à pessoa com alterações da mobilidade; capacitar a pessoa idosa para a execução de exercício físico seguro; identificar os ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Este relatório terá uma base de natureza descritiva, que pretende analisar a população idosa, examinar as problemáticas do envelhecimento e da diminuição da mobilidade, com o objetivo final de implementar um programa de mobilidade completo.

Deste modo o presente relatório divide-se na apreciação do contexto onde foram desenvolvidos os estágios. O segundo capítulo é relativo à estratégia de intervenção profissional, onde se analisa um enquadramento conceptual, sobre os conceitos mais relevantes como envelhecimento populacional, o processo de envelhecimento, alterações da mobilidade e o envelhecimento ativo. No terceiro capítulo expõe-se o referencial teórico no qual a abordagem foi baseada. Seguidamente apresenta-se o plano de intervenção a realizar.

No quinto capítulo foi elaborada uma revisão integrativa da literatura, realizada com o objetivo de consolidação de conhecimentos teóricos, que reforce os ganhos obtidos através da intervenção de ER na mobilidade. No sexto capítulo apresenta-se o projeto de intervenção profissional, assim como a colheita de dados e discussão dos resultados. No sétimo capítulo realiza-se uma análise reflexiva das competências adquiridas no âmbito do EE, do EEER e no âmbito do mestrado e por fim a conclusão do relatório.

Este relatório foi redigido de acordo com o novo acordo ortográfico da língua portuguesa. A sua estrutura, organização e formatação foi realizado tendo por base as normas de elaboração e apresentação de trabalhos escritos da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus. As referências bibliográficas, seguem as normas de *American Psychological Association* [APA], 7ª edição (APA, 2020).

1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO

Neste ponto será realizada uma apreciação do contexto clínico onde foram realizados todos os estágios, através de uma breve descrição da Unidade Local de Saúde do Alentejo Central [ULSAC], assim como a apresentação dos serviços onde estes decorreram, quer do ponto de vista estrutural, organizacional, de recursos materiais e humanos.

1.1 SERVIÇO DE CARDIOLOGIA

O serviço de cardiologia da ULSAC oferece resposta aos doentes do foro cardiológico da região do Alentejo Central.

Este serviço contempla quinze camas de enfermaria, com três enfermeiros nos cuidados gerais durante a manhã, dois no turno da tarde e um no turno da noite, existem ainda mais seis camas disponíveis para a Unidade de Cuidados Intensivos Cardiologia [UCIC], em que estão nos cuidados permanentemente dois enfermeiros, existe também um espaço denominado hospital de dia destinado a doentes com insuficiência cardíaca, que se deslocam ao hospital para realizar tratamentos programados durante a manhã, com apoio de um enfermeiro. O serviço encontra-se integrado num modelo de colaboração contínua com o serviço de hemodinâmica, assegurando uma articulação funcional permanente entre ambas as unidades.

Para além do internamento, o serviço de cardiologia tem implementado e em vigor o programa de reabilitação cardíaca, pós colocação de TAVI [*Transcatheter Aortic Valve Implantation*], este programa é desenvolvido em contexto ambulatorio, e decorre no ginásio do hospital, com 3 avaliações presenciais, uma avaliação inicial, uma intermédia às 6 e final às 12 semanas, onde se avalia e prescreve exercício físico, que os utentes reproduzem em domicílio de forma diária, este programa conta com o apoio da enfermeira EER, pelo que vários turnos do estágio foram desenvolvidos neste âmbito, tendo tido a oportunidade de realizar avaliações diagnósticas pré TAVI e posteriormente ensino de exercícios, correções posturais e de gestão de esforço, a estes utentes, assim como a avaliação final após a aplicação do programa.

Paralelamente existe também o programa de reabilitação cardíaca, pós eventos isquémicos, também com aplicação de treino de exercício físico, monitorizado por o médico cardiologista, prescrito pela médica fisiatra e orientado pela fisioterapeuta e EEER. Este é realizado com uma frequência de duas vezes por semana, durante doze semanas e com sessões de educação para a saúde, que são apresentadas por toda a equipa do serviço de cardiologia. Estas sessões abordam diversos temas tais como: a introdução à vida pós evento

isquémico, a gestão do esforço, a gestão de terapêutica, alimentação, fatores de risco, entre outros.

Ambos os programas envolvem a participação de um médico cardiologista, uma médica fisiatra, dois fisioterapeutas e uma enfermeira EEER.

Assim o serviço de cardiologia é formado por sete médicos, trinta e três enfermeiros, uma EEER, doze assistentes operacionais, apoio de médico fisiatra, e apoio fisioterapia mediante a avaliação do fisiatra.

A escolha do local de estágio foi sustentada pelo conhecimento prévio acerca da inovação do programa de reabilitação cardíaca, com uma dinâmica estruturada em múltiplas vertentes no serviço de cardiologia. Paralelamente, a possibilidade de intervenção de reabilitação em utentes submetidos a cirurgia cardíaca, para substituição da válvula aórtica, criou uma vontade em aprofundar competências nesta área, de modo a compreender de que forma a intervenção precoce no contexto pós-operatório poderá contribuir para uma atuação mais preventiva e integrada ao longo do percurso, uma vez que se relaciona com a prática clínica no contexto onde exerço a minha atividade profissional, promovendo uma prática mais informada e integrada.

1.2 UNIDADE DE AVC

A Unidade de Acidente Vascular Cerebral [UAVC] encontra-se integrada na ULSAC e está localizada no terceiro piso do Hospital. É o serviço especializado na resposta ao acidente vascular cerebral, tendo como principais finalidades a monitorização clínica, o estudo etiológico dos utentes e o tratamento precoce na fase aguda, com o objetivo de minimizar os défices neurológicos.

Podemos encontrar neste serviço seis camas de internamento, geralmente destinadas a utentes com suspeita e diagnóstico de AVC que se encontrem na fase aguda (48 a 72 horas). A maioria dos internamentos tem origem no serviço de urgência, sendo os diagnósticos médicos mais frequentes o AVC isquémico, o AVC hemorrágico, o Acidente Isquémico Transitório e a Trombose Venosa Cerebral.

O tempo médio de internamento é reduzido e após a alta do serviço, dependente sobretudo da gravidade clínica ou do grau de incapacidade, os doentes podem ter alta para o domicílio, para o serviço de especialidades médicas ou, mediante avaliação da Equipa de Gestão de Altas, para unidades de convalescença ou de longa duração, esta gestão é realizada de forma articulada entre a equipa multidisciplinar, o doente e a família.

No que respeita aos recursos humanos, a equipa multidisciplinar da UAVC é constituída por três médicos de medicina interna e dezasseis enfermeiros, dos quais cinco

com a especialidade de enfermagem de reabilitação, integram ainda a equipa onze assistentes operacionais. Paralelamente, colaboram quase diariamente profissionais de fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala.

Importa salientar que o esforço de toda a equipa multidisciplinar, centra-se na educação do doente e da família, com o propósito de promover um maior grau de autonomia e funcionalidade, garantindo simultaneamente a segurança no processo de transição para os diferentes contextos de cuidados. Neste campo de estágio a pessoa com doença neurológica, sofre um processo de transformação ao longo do internamento, reaprende tarefas que anteriormente eram consideradas básicas e adquiridas, mas mais que isso, é um momento em que necessariamente aprende e inicia o processo de aceitação relativamente ao que lhe aconteceu e sobre as possíveis sequelas. O EEER deve adotar uma postura cuidadosa e empática, estabelecendo uma relação de respeito, de modo a compreender as necessidades e medos da pessoa (Reis et al., 2021). Deve existir uma articulação com a família, de modo a desmistificar e facilitar a transição do regresso a casa. Foi particularmente gratificante trabalhar em colaboração com toda a equipa e constatar o impacto significativo dos ensinamentos realizados junto dos utentes.

1.3 UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA POLIVALENTE

Historicamente os serviços de hospitalização domiciliária surgiram perto do ano de 1945 em Nova Iorque, com o objetivo de descongestionar os serviços de saúde, que se encontravam sobrelotados, na época pós II guerra mundial, isto permitia ainda proporcionar aos doentes um ambiente mais humano, familiar e menos traumático.

Na Europa, este formato de serviço surgiu em 1957 na França, sendo que Portugal apenas se inaugurou no ano de 2015 o primeiro serviço de hospitalização domiciliária, no hospital Garcia de Orta (Chan, 2022).

Em Évora, na ULSAC, a Unidade de Hospitalização Domiciliária Polivalente [UHDP] é um serviço recente, tendo sido inaugurado em dezembro de 2020, esta topologia de serviço é inovadora e procura acima de tudo proporcionar comodidade ao doente, sendo este colocado numa posição central, em que o objetivo é o cuidar e reabilitar em casa, através do tratamento e da educação para a saúde, do doente e da família, acrescendo ainda assim, o benefício da desocupação de camas hospitalares.

Este serviço distingue-se dos previamente existentes no Serviço Nacional de Saúde [SNS] porque garante uma resposta no domicílio ao doente em fase de doença aguda. Para a admissão de doentes em UHDP, estes têm de estar obrigatoriamente em meio hospitalar, seja no serviço de urgência ou num internamento, sendo que este internamento continua, mas em casa, a cargo dos profissionais de saúde da UHDP, para que isto aconteça, é necessário garantir alguns critérios de forma a que a admissão seja possível, como a aceitação voluntária

bem como a aceitação por escrito através de um consentimento informado; o diagnóstico clínico ter relativo bom prognóstico de forma a poder ser controlado no domicílio; tem que existir um cuidador disponível e autónomo nas Atividades de Vida Diárias [AVD], com telemóvel disponível e contactável a qualquer momento; o domicílio deve ter condições higiénico-sanitárias, de habitabilidade e a distância geográfica deve obedecer ao estabelecido pela equipa, que neste momento foi considerada um raio de aproximadamente 35km do serviço.

Neste serviço, os direitos e deveres dos doentes e profissionais devem ser bem esclarecidos, uma vez que o serviço é prestado no ambiente externo, imprevisível, tanto para o doente, mas assim de tudo para os profissionais. Assim os direitos e deveres são definidos em Diário da República (Despacho n.º 9323-A/2018, 2018), o doente tem direito em receber os cuidados; tem direito de ser sempre acompanhado por familiares; ser informado sobre o seu estado clínico; participar ativamente nas decisões e cuidados de saúde, tendo o direito de recusar e interromper tratamentos; garantia de confidencialidade e continuidade de cuidados e articulação com outros serviços.

Os deveres são fornecer todas as informações necessárias para o diagnóstico e cuidado adequado; colaborar com os profissionais de saúde, respeitando as indicações que lhe são dadas, sendo aceites livremente; respeitar as regras de funcionamento do serviço e recorrer aos serviços de saúde de forma apropriada e consciente, os familiares e cuidadores devem colaborar tendo em vista o interesse do doente e a eficiência dos cuidados.

A UHDP presta cuidados a doentes com diversos tipos de patologias, através da intervenção da equipa multidisciplinar, o serviço encontra-se em funcionamento todos os dias, 24 horas por dias, sendo que o turno da noite, é realizado em formato de prevenção, não necessitando a permanência física no serviço, a equipa é composta por três médicos, uma assistente social, uma fisioterapeuta e seis enfermeiros, dois deles EEER e tem uma capacidade de oito doentes, cada um deles fica com uma caixa com material de apoio para ser utilizado no domicílio (oxímetro, um esfigmomanómetro, termómetro, álcool e tudo o que for considerado pertinente ficar no domicílio do doente). Os doentes devem estar sempre contactáveis e não podem sair do domicílio, tal como aconteceria num internamento hospitalar.

Desta forma a UHDP privilegia a recuperação da pessoa no seu domicílio, com um apoio equiparado ao prestado em meio hospitalar, evitando os riscos habituais do meio hospitalar, como a contaminação cruzada, risco de queda aumentado, desorientação espaço temporal (Despacho n.º 9323-A/2018, 2018) e permitindo uma recuperação humanizada, holística, encontrando-se na própria casa, e apoiado por um cuidador/familiar, o doente encontra-se num contexto privilegiado para a manutenção e recuperação da funcionalidade e mobilidade.

O domicílio é, assim, um ambiente terapêutico que favorece a mobilização precoce, a funcionalidade e a adaptação das intervenções às rotinas e realidade da pessoa e da família.

A dinâmica do serviço, permite maior humanização dos cuidados, com maior conforto, estimulando a autonomia e recuperação funcional, junto do ambiente em que a pessoa está inserida, sendo assim um contexto relevante para a intervenção na área da enfermagem de reabilitação (Ferreira, et al., 2025).

2. ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

2.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

Ao longo deste capítulo pretende-se clarificar os conceitos basilares referentes ao tema do presente relatório. Este enquadramento conceptual, permite analisar a problemática do envelhecimento, quais as alterações daí decorrentes, como o aumento das doenças crónicas e de algumas condições associadas ao envelhecimento.

O foco deste relatório incide sobre a mobilidade, deste modo, no enquadramento teórico, procurou-se aprofundar o tema, assim como identificar quais as implicações da intervenção do EEER, que podem determinar a qualidade de vida do idoso. Estas intervenções encontram-se associadas ao conceito de envelhecimento ativo, cuja importância se torna cada vez mais reconhecida a nível mundial e que pode ser dinamizada e difundida através da enfermagem de reabilitação.

2.1.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

Portugal registou pela primeira vez em 1994 o primeiro marco de 10.000.000 de habitantes, desde essa altura a população tem-se mantido estável, mas com tendência para um ligeiro crescimento, em 2024 a população residente em Portugal foi estimada em 10.749.635 habitantes (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2025b). No entanto esta estabilidade populacional é relativa, uma vez que a pirâmide populacional demonstra claramente, uma diminuição da base da pirâmide, ou seja, uma diminuição de crianças e jovens comparativamente ao topo da pirâmide alargado, com aumento de pessoas dentro da faixa etária acima dos 65 anos (INE, 2025b).

Em Portugal a população idosa no ano de 2024 era de 24,3%, sendo que em 1970 era de 9,7% (INE, 2025b), com estes dados verifica-se um duplo envelhecimento demográfico, uma vez que aumenta o número de pessoas idosas, assim como a sua longevidade, e diminui o número de jovens, diminuído também a natalidade, sendo que o índice de envelhecimento no ano de 2024 foi de 192,4%, ou seja, por cada 100 jovens existem 192,4 idosos. Na Europa, Portugal é o 3º país com maior índice de envelhecimento, em primeiro vem Itália, seguido por Malta (INE, 2025b).

É importante salientar que a esperança média de vida tem vindo a aumentar, hoje em dia a esperança de vida aos 65 anos é de 22,7 anos para as mulheres e 19,2 anos para os homens. A mediana de idades também confirma este envelhecimento, encontra-se nos 45,5 anos nos homens e 48,9 anos nas mulheres, em comparação com o ano de 1970, que apesar de existir menor população na altura, percebe-se um aumento exponencial do envelhecimento

em apenas 50 anos, uma vez que a mediana de idades na altura foi estimada em 29,7 anos (INE, 2025b), o que significa, que se mantém a tendência do envelhecimento nos próximos anos.

O aumento da longevidade e da velhice, está associado, à propensão crescente de doenças agudas, crónicas e incapacidades associadas a estas, o que traz alterações na capacidade funcional e dependência dos idosos (Ferreira, et al., 2022). A complexidade das comorbilidades e multimorbilidades, aumenta também a necessidade de cuidados de saúde, mais complexos, frequentes e com maiores singularidades, ao que a ER pode dar adequadamente uma resposta (Reis et al., 2021).

A tendência acentuada do envelhecimento demográfico, contribui para alterações funcionais, que na maioria dos casos não se traduzem num grau de dependência elevado, mas que, no entanto, criam a necessidade de apoio aos idosos na realização de AVDs, por parte dos familiares, adultos (Reis et al., 2021). Nos dias que correm, a falta de disponibilidade destes adultos, capazes de fornecerem apoio, é uma problemática comum, as respostas comunitárias, podem fazer a diferença nestas situações, sendo os profissionais de saúde, e os EEER em específico, são uma das classes profissionais mais indicada para facilitar uma orientação nas dificuldades sentidas (Alves et al., 2024). O EEER procura uma otimização das situações existentes, procura a “melhor condição de vida”, através de um “processo de intervenção que atrase perdas, potencie ganhos e capacite para a adaptação” (Reis et al., 2021, p.157).

Apesar de se viver por mais tempo, isto não se reflete proporcionalmente em qualidade de vida, uma vez que 55,8% dos idosos em Portugal, referem limitações, na realização das AVD (INE, 2025a). No que respeita à esperança de vida saudável, as mulheres, apesar de apresentarem uma maior esperança de vida total, vivem em média menos de 15 anos de vida com boa saúde, enquanto que nos homens essa diferença é de 10 anos (INE, 2025a) e apresentam maiores índices de incapacidade em diferentes domínios (Lopes et al., 2023).

No relatório relativo ao ano 2024 do INE (INE, 2025a), acrescenta ainda por exemplo, que a partir dos 65 anos apenas 19,1% destas pessoas identificam o seu estado de saúde como bom ou muito bom, sendo que na idade adulta esta percentagem é de 67,1%.

A perceção negativa do estado de saúde, compromete a qualidade de vida global, a evidência científica demonstra que existe associação entre a perceção de felicidade e vitalidade, com um melhor desempenho físico, ou seja, uma relação entre o bem estar e a mobilidade (Kalu et al., 2022).

O envelhecimento acentuado constitui uma preocupação de carácter social e financeiro, segundo os censos de 2011, o número de pessoas que vivem sós duplicou na última década e quase metade destas são idosas, na maioria mulheres, sendo que estas como referido acima, por norma têm mais morbilidades, vivem mais tempos sós, tornando-se ainda mais vulneráveis. A nível financeiro, o envelhecimento vai traduzir-se num aumento dos encargos suportados pela população em idade ativa, para sustentar as despesas dos já reformados, pondo em causa a sustentabilidade da sociedade, porque além de não haver contribuição, estes idosos são cada vez mais dependentes e a necessitar de cuidados de saúde (Direção Geral de Saúde [DGS], 2022).

O crescimento da população idosa cria implicações práticas na população, com o aumento de doenças crónicas e maior dependência tanto funcional, como social e financeira (havendo um grande desequilíbrio entre a população dependente e a população ativa), com ainda maior destaque, especialmente no contexto onde nos encontramos, no Alentejo, numa região interior, onde se registam os maiores níveis de envelhecimento, por cada 100 jovens existem 206,1 idosos (DGS, 2022), cria-se a necessidade de entender quais as características e necessidades que essa população exige, assim como entender a resposta que a ER pode entregar.

2.1.2 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E ALTERAÇÕES DA MOBILIDADE

No dia 1 de outubro, é celebrado o dia internacional do idoso, este dia passou a ser celebrado desde 1990, pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas [ONU], com o objetivo de alertar a população para os desafios e possíveis oportunidades da população idosa. Aos dias de hoje, este dia tem ganho cada vez mais significado, devido ao desenvolvimento demográfico atual, sendo que o número de idosos triplicou desde os anos 80, a importância da inclusão e adaptação das sociedades à população idosa torna-se cada vez mais premente. É necessário e lógico, deixar de ver a população idosa como um grupo passivo e inválido, sendo que esta pode admitir um papel mais ativo na sociedade. Os idosos são por norma, devido à experiência, pessoas dotadas de conhecimentos e capazes de desempenhar competências sociais, que podem trazer contributos para a sociedade, se lhes forem concedidas condições para tal, ao longo do processo de envelhecimento, através de políticas de inclusão, acesso facilitado à saúde e proteção social (Vieira et al., 2023a).

No início do ano de 2026, foi publicada a aprovação do estatuto da pessoa idosa (Lei n.º 7/2026, 2026), nesta lei identifica-se a pessoa idosa como toda a pessoa com idade igual ou superior à idade de acesso à pensão de velhice.

A nova lei sobre o Estatuto da Pessoa Idosa, reúne num único documento, o conjunto de diferentes direitos já previstos, com o intuito de clarificar e simplificar a sua aplicação. Os direitos em questão, abrangem a garantia da autonomia, dignidade e participação social, responsabilizando o Estado, família e comunidade pela garantia destas condições, de forma a promover um envelhecimento ativo e saudável. A liberdade e autonomia são direitos que se reafirmam, estando clarificada a indicação da pessoa idosa poder optar por permanecer no seu domicílio, bem como a necessidade de reforço de apoios e cuidados, caso seja necessário, neste contexto o EEER assume um papel relevante no apoio que pode prestar na manutenção da autonomia, funcionalidade e participação social.

A população idosa, é definida pela (DGS, 2022) como todo aquele com 65 ou mais anos, e o envelhecimento é algo espectável, permanente, natural e comum a todos (Cabo et al., 2025), que se inicia desde relativamente cedo, entre os 20-30 anos, atinge-se o “máximo” desenvolvimento fisiológico e inicia-se então o processo gradual do envelhecimento, com o avançar da idade começam a surgir mudanças funcionais e bioquímicas que levam a um aumento da vulnerabilidade de forma crescente que só termina na morte (Izquierdo et al., 2021).

O envelhecimento é multidimensional e multi referencial (Vieira et al., 2023a) é um processo de alterações biológicas e sociais, com danos moleculares e celulares, que levam a um desgaste físico e mental, mas também a alterações sociais e mudanças de vida, como a reforma ou falecimento dos pares, e que cada um vive de forma distinta.

O conjunto de todas estas mudanças, altera a relação da pessoa com ambiente em que está inserida (Vieira et al., 2023a), vai influenciar a funcionalidade diária da pessoa. Geralmente o envelhecimento vem acompanhado de mobilidade reduzida, menor autonomia nas AVDs, menor participação social e menor capacidade de adaptação a mudanças (Cabo et al., 2025).

No entanto o processo de envelhecimento pode ser moldado pelas condições de vida a que a pessoa foi exposta, a idade cronológica, não acompanha de igual modo o envelhecimento de cada um. As condições de vida, podem influenciar o envelhecimento, de forma positiva ou negativa (Reis et al., 2021; Vieira et al., 2023a) e podem criar uma maior diferenciação entre pessoas de igual idade. Podem ser as condições habitacionais e de trabalho, cuidados de saúde que recebeu, fatores comportamentais, padrões de vida, como a realização de atividade física, ou como hábitos de consumos nocivos como o de tabaco, álcool, hábitos nutricionais de risco, exposição a poluição atmosférica e baixo nível de atividade física, sendo que este é o parâmetro, em que pior se posiciona a população portuguesa (Reis et al., 2021).

Se associarmos ao processo de envelhecimento, hábitos sedentários, aumentamos a probabilidade do declínio funcional, como a diminuição da massa muscular, da capacidade cardiorrespiratória, da mobilidade, equilíbrio, da energia e da autonomia funcional, ou seja, estamos perante um processo de fragilidade (Faria et al., 2023).

Além de todas as alterações fisiológicas que o envelhecimento está associado, existem também com fatores genéticos, ou ambientais/comportamentais como anteriormente descritos. Estes fatores são incluídos e definidos pelo Plano Nacional de Saúde, como “Determinantes de saúde” (DGS, 2022).

Os determinantes de saúde são fatores que contribuem ou reduzem a probabilidade de ocorrência de doenças/mortes evitáveis, e após definidos devem ser tidos em conta no planeamento das estratégias de intervenção na população, podem ser do tipo, ambientais, biológicos, comportamentais ou estilos de vida, demográficos e sociais, económicos. Estes determinantes de saúde podem estar interrelacionados e influenciam-se. Em Portugal os fatores que mais podem vir a prejudicar a saúde são: a hiperglicemia em jejum, o consumo de tabaco, a hipertensão arterial, o índice e massa corporal elevado, os riscos associados à alimentação, o consumo de álcool e o colesterol LDL elevado. Sendo todos eles modificáveis, existe margem para alteração de padrões, e consequente impacto no envelhecimento precoce em Portugal (DGS, 2022).

O processo de envelhecimento populacional, torna-se assim um desafio para a saúde pública, uma vez que a longevidade não acompanha a mobilidade funcional necessária para a capacidade de deslocação autónoma.

2.1.3 MORBILIDADE E COMORBILIDADE EM PORTUGAL

Os verdadeiros desafios para a saúde pública, são a necessidade de aumento de escolaridade e a prática regular de exercício físico, uma vez que estes são fatores modificáveis e que desempenham um papel protetor na manutenção da qualidade de vida ao longo do envelhecimento (Lopes et al., 2023).

A multimorbilidade e o excesso de peso são considerados preditores de piores condições durante o envelhecimento, tornando mais robusta a teoria de que devem existir intervenções mais precoces e continuas na promoção da mobilidade, para que se evite o declínio funcional e o agravamento de doenças crónicas (Lopes et al., 2023).

Portugal destaca-se ligeiramente pela positiva na união europeia, ao apresentar na sua população menor taxa de fatores de risco comportamentais, estes fatores de risco aumentam, como o nome indica, o risco de doença, e o risco de morte por causas evitáveis. No documento

da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE] (OCDE, 2023) são identificados: o tabagismo, os hábitos alimentares, a ingestão de álcool, a baixa atividade física e a poluição atmosférica. Destes fatores de risco, existe uma margem significativa ainda de melhoria, é na área do consumo de álcool e na área do exercício físico, os portugueses ficam a baixo da união europeia. Em Portugal o consumo anual de álcool por pessoa situa-se nos 10,4 litros, com uma tendência crescente para o consumo regular desde 2014.

A atividade física não pertence ainda à rotina diária dos portugueses, segundo os dados divulgados apenas 17% dos portugueses adultos cumprem com as diretrizes de atividade física diária, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde [OMS] (OMS, 2020c). O sedentarismo em conjunto com hábitos alimentares pouco saudáveis, reflete-se em excesso de peso e obesidade.

A obesidade encontra-se relacionada com menor grau de escolaridade (OCDE, 2023), o que pode estar relacionado, com a falta de literacia em saúde, o que pode ser um fator modificador dos hábitos de vida e se repercute na saúde destas pessoas, sendo um fator de relevância a abordar como estratégia de intervenção (Alves et al., 2024).

O estudo de Kalu et al. (2023), consegue estabelecer a associação entre os fatores físicos, como o excesso de peso e a magreza com consequências como a fadiga, fraqueza generalizada, diminuição da força dos membros inferiores, diminuição do equilíbrio e menores níveis de atividade física.

A obesidade contribui para o desenvolvimento de todas as limitações referidas anteriormente, mas são também fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crónicas como a hipertensão e diabetes, frequentemente associados a alterações da visão e da sensibilidade, o que muitas vezes, ainda que pouco estabelecidas, são as causas para um decréscimo da participação e atividades físicas e sociais, levando a um ciclo de agravamento progressivo de maior imobilidade e aumento de carga de doenças e sintomas (Kalu et al., 2023). A magreza excessiva por outro lado é associada a um processo de fragilidade, mas que ainda assim, causa menor impacto que o excesso de peso.

Portugal encontrando-se em contexto de envelhecimento, fica exposto a um maior impacto de doenças crónicas, tendo-se verificado um aumento destas, que representam maior incapacidade, perda de anos de vida saudáveis e morte, no ano de 2020, 70% das pessoas com 65 ou mais anos, apresentavam pelo menos uma doença ou problema de saúde crónico. (Alves et al., 2024).

Segundo a revisão de Kalu et al. (2023) associa-se a presença de doenças crónicas a menos passos diários, menor velocidade de marcha e a piores resultados de mobilidade, a

multimorbilidade parece ter um efeito cumulativo nas alterações da mobilidade. A esperança de vida tem vindo a aumentar, pela redução das doenças cardiovasculares, no entanto estas continuam a ser a principal causa de morte no país com uma percentagem de 28,1%, sendo que neste grupo a maioria são doenças cerebrovasculares (DGS, 2022).

A segunda causa de morte mais comum foram as doenças cancerígenas, as quais se estimam não terem maior impacto, devido aos hábitos dos portugueses serem também tendencialmente melhores que os restantes, onde se identificam o menor consumo de tabaco e hábitos alimentares mais saudáveis. A presença de neopatologias continua a ser menor comparativamente à união europeia, mas ainda assim, uma em cada quatro mortes continua a ser provocada por cancro. O cancro do pulmão é o mais comum seguido do cancro colorrectal, são as principais causas de morte prematura, com 42,1% das mortes antes dos 75 anos. O governo em 2023, iniciou uma estratégia até 2030, que pretende reduzir a taxa de cancros evitáveis com o incremento de estilos de vida mais saudáveis e redução de exposição a agentes cancerígenos (OCDE, 2023).

Patologias no âmbito da saúde mental, são também significativas na população portuguesa, com valores superiores à união europeia, especialmente entre o sexo feminino, a saúde mental afetava em 2019, 22% dos portugueses, sendo que as taxas de suicídio são 4 vezes superiores no sexo masculino (OCDE, 2023).

A doença mental torna-se incapacitante em muitos casos, segundo a OCDE (2023), perderam-se 310 000 anos de vida produtiva, isto leva a querer, que as pessoas afetadas, ficam também incapacitadas nas suas AVD, tornando-se menos funcionais e envelhecendo de pior forma. A patologia mais comum é a ansiedade, seguida de depressão, doenças relacionadas com o abuso de álcool ou drogas, perturbações bipolares e esquizofrenia (OCDE, 2023).

Nos últimos anos, houve uma tentativa de melhoria da saúde mental em Portugal, tendo sido desenvolvido o Plano Nacional de Saúde Mental de Portugal, com criação de novos quadros de serviços, tendo-se aumentado o número profissionais de medicina psiquiátrica contratados, no entanto estes profissionais são ainda insuficientes, assim como os processos de referenciação até se aceder a estes profissionais. Em Portugal existe um aumento do consumo de antidepressivos o que pode significar ou um melhor diagnóstico das perturbações da saúde mental ou um limitado acesso a terapêuticas não farmacológicas o que conduz a uma maior dependência e utilização de terapêutica farmacológica (OCDE, 2023).

O estigma relativo à saúde mental tem diminuído, mas ainda existe dificuldade de acesso a estes serviços principalmente nas regiões do Alentejo e Algarve, locais estes também com mais predominância de taxa de suicídio (OCDE, 2023).

Segundo o estudo de Cao et al., (2024), existe uma relação entre sintomas de depressão, declínio cognitivo e a existência de atividade física. Hoje em dia, pelo mundo, 50 milhões de pessoas sofre de problemas de demência, este declínio cognitivo, pode estar relacionado com o envelhecimento alcançado (Cao et al., 2024).

Segundo Cao et al. (2024) as alterações da mobilidade, podem surgir como indicador precoce de declínio cognitivo, o autor procura estabelecer uma relação em que o decréscimo da mobilidade não está apenas relacionado com uma consequência do envelhecimento físico, mas também com alterações cerebrais e cognitivas. Assim quando existe um decréscimo da mobilidade, este está associado a um declínio cognitivo, mais especificamente ao campo da memória e de funções executivas, especialmente se for uma imobilidade severa, e quanto maior a imobilidade, maior o declínio cognitivo.

Contudo sabe-se que a mobilidade limitada leva a um isolamento social, e este isolamento, tem repercussões nos domínios afetivos e cognitivos, o que por si só, é um elemento crucial, para que se mantenham hábitos de mobilidade satisfatórios (Kalu et al., 2023). O EEER com a sua influência, pode ser impulsionador de uma atividade social mais ativa, o que traz benefícios nos comportamentos relacionados com a gestão e promoção da saúde (Ferreira, et al., 2022).

2.1.4 ENVELHECIMENTO ATIVO

Entende-se por envelhecimento saudável, um processo dinâmico e de continuo desenvolvimento das capacidades funcionais, consideradas fundamentais que permitem um bem estar na velhice. Além da ausência de doença, é a prevenção e o retardar desta, através da promoção da saúde, adoção de hábitos saudáveis (Alves et al., 2024).

A qualidade de vida é a harmonia entre o bem estar físico, emocional e social que se traduz numa vida mais saudável. Nos idosos, a qualidade de vida é muito influenciada pela componente física, a ausência de dor, a disponibilidade de energia e a capacidade de realização das AVD, porque como já visto, esta esta disponibilidade pode ditar o nível de autonomia e independência da pessoa (Cabo et al., 2025).

Segundo Lopes et al. (2023) existe um declínio na qualidade de vida com o avançar da idade, também mais evidenciado nas mulheres, neste estudo conseguem associar alguns dos fatores causadores de pior qualidade de vida, que são a menor atividade física, presença de múltiplas morbilidades, obesidade e menor escolaridade, deste modo, para um envelhecimento ativo e de qualidade há que procurar rebater estes fatores.

O envelhecimento ativo é uma questão de saúde pública (Cabo et al., 2025), e as medidas tomadas a seu favor não devem ser encaradas como despesa, mas como investimento na capacidade funcional futura da população (Alves et al., 2024). A atividade física na população idosa significa bem estar físico, através de prevenção de doenças crónicas, de fragilidade e de risco de quedas, contribui para um melhor controlo e manutenção do peso corporal, índice de massa corporal, diâmetro abdominal, globalmente contribuindo para o bem estar físico, melhoria da auto estima e bem estar emocional (Cabo et al., 2025).

Segundo Cabo et al. (2025) programas de treino físico contribuem com resultados significativos na composição corporal e na adesão à realização de atividade física não planeada, como a caminhada, que é uma atividade física segura, de baixo custo, acessível, adaptável e agradável à população idosa, o incremento de atividades como a caminhada, reflete-se na promoção de um estilo de vida mais ativo e na qualidade de vida.

A OMS (2020b) define o envelhecimento saudável como a conservação da funcionalidade da pessoa no ambiente em que está inserida, (ambiente físico, social e político), assim como as capacidades físicas e mentais, mesmo perante mudanças fisiológicas, inerentes ao processo de envelhecimento, com presença ou ausência de doença, mantendo o bem-estar geral.

A inatividade na população idosa acarreta maior probabilidade de doença cardiovascular, diabetes tipo 2 e doenças neoplásicas, com maior taxa de mortalidade associada a essas doenças (OMS, 2020a)

O planeamento de políticas de saúde e aumento ou redistribuição dos recursos de forma a otimizar a introdução de atividade física nos hábitos atuais, irá prevenir o declínio funcional e aumentar a esperança de vida saudável (Lopes et al., 2023).

A prática de atividade física vai ajudar a diminuir a incidência destas doenças e a severidade das mesmas quando presentes, vai facilitar o controlo da hipertensão, da obesidade, contribui para a diminuição de quedas e lesões, para melhoria a saúde óssea, aumenta a capacidade funcional e melhora também a saúde mental, aliviando a ansiedade, depressão e qualidade do sono (OMS, 2020a).

O declínio cognitivo anteriormente já discutido, que pode ser associado à falta de mobilidade, leva frequentemente a sentimentos de tristeza e sofrimento que resultam em isolamentos sociais ainda mais marcados. Sabe-se que a depressão contribui para uma redução das funções psicomotoras, como o controlo postural e o equilíbrio (Kalu et al., 2022).

A promoção do bem estar emocional, é um modo de promover maior adesão e participação nas atividades sociais e físicas (Kalu et al., 2022).

Quanto maior a satisfação da pessoa, mais envolvida se encontra na comunidade, mais se predispõe a realizar atividade física, o que resulta em melhores resultados na mobilidade. Entender os gostos e a personalidade de cada um pode ser uma forma de sucesso de implementação direcionada de exercício físico, junto dos idosos mais renitentes.

2.1.5 MOBILIDADE

Um envelhecimento saudável relaciona vários elementos essenciais que contribuem para uma vida funcional e completa, um desses elementos é a mobilidade, esta permite à pessoa deslocar-se onde deseja, com independência, de forma segura e eficaz, sem esta capacidade, a pessoa vê afetada a sua autonomia, participação social e o seu bem-estar físico e psicológico (OMS, 2020b).

A prevenção de quedas através intervenções baseadas no treino de atividade, com treino de equilíbrio, força muscular [FM], coordenação e resistência aeróbia, tornam-se as intervenções com o impacto mais direto na prevenção das quedas e consequentemente no aumento da mobilidade através do ganho de confiança na execução das tarefas diárias do dia a dia (Cabo et al., 2025).

Sabe-se que as transformações consequentes ao envelhecimento podem afetar a mobilidade e torna-se assim necessário impedir que a imobilidade se instale através de todas as estratégias alcançáveis, isto consegue-se através de uma consolidação da capacidade de movimento e da redução de possíveis barreiras à deslocação (Cabo et al., 2025).

Um dos principais fatores que afetam a mobilidade na população idosa é o medo da queda, este receio impede a maior parte dos idosos de se deslocar livremente, de realizar atividade física, o que aumenta o grau de dependência. A ocorrência de quedas, é assim simultaneamente uma causa e uma consequência da imobilidade, as alterações da marcha, força e equilíbrio vão facilitar a ocorrência de quedas, por outro lado, o resguardo para que estas não aconteçam tornam a pessoa mais sedentária, cada vez menos ágil e capaz de se defender na possibilidade de uma queda, é importante assim criar estratégias para a prevenção das quedas (Kalu et al., 2023), sem que a solução passe pela imobilidade e sedentariedade, a solução deve passar pela manutenção de um envelhecimento saudável.

A mobilidade ou a alteração desta é causada por uma interação multifatorial, as alterações podem ser de componente física, cognitiva, psicológica, social, ambiental e até financeira, no entanto o declínio físico é dos primeiros fatores a evidenciarem a diminuição da capacidade, são também dos fatores mais facilmente contornados através de uma intervenção, com alteração das dinâmicas de vida da pessoa (Kalu et al., 2023).

A diminuição da FM é de forma consistente a causa mais comumente identificada nos casos de alteração da mobilidade, relaciona-se esta diminuição, com alterações do equilíbrio, uma velocidade de marcha mais lenta e menor desempenho nas provas de avaliação da funcionalidade. A alteração da potência muscular é já também identificada como um possível fator influenciador na perda de mobilidade, possivelmente com grande impacto, no entanto ainda não é abordado individualmente, surgindo sempre a par da FM (Kalu et al., 2023).

Alves et al. (2024) concluiu que a implementação de programas estruturados e aplicados por EEER, com base em intervenções motoras, cardiorrespiratórias, cognitivas, nutricionais, emocionais e sociais, conseguiram de forma global, ganhos na capacidade funcional, autocuidado e conhecimento.

2.1.6 RECOMENDAÇÕES

A base da alteração dos estilos de vida, parte de uma melhoria do conhecimento de estilos de vida saudáveis, para que estes possam ser replicados nas rotinas diárias.

Sendo que a qualidade de vida está associada a autonomia e independência, cabe ao EEER maximizar o potencial das pessoas em quem intervém, através de partilha de conhecimento e aumento da sua literacia em saúde, para que estas possam de forma autónoma, alterar e corrigir hábitos de saúde menos positivos e contribuir para o seu autocuidado (Alves et al., 2024; Ferreira et al., 2022b).

Os fatores sociais e ambientais podem justificar diferentes hábitos, e o aumento de literacia em saúde promove uma melhoria destes hábitos, o aumento de atividade física nos idosos, bem como hábitos de vida saudáveis. A ER poderá assim ter pertinência na implementação de estratégias otimizadoras, com a aplicação de programas baseados e estruturados tendo em conta os objetivos definidos pelas organizações na próxima década, tendo em vista a melhoria da população envelhecida (Alves et al., 2024).

Em concordância com o que se apresentou, entidades como a OMS, a ONU e o Governo Português, na ultima década têm dedicado esforços para a criação de iniciativas destinadas a manter os idosos mais ativos e saudáveis, com o objetivo de melhoria de qualidade de vida, diminuição de gastos em saúde e de promoção da independência. Algumas destas iniciativas são por exemplo a “*Decade of Healthy Agein*” promovida pela OMS, é um plano de ação para promoção de um envelhecimento saudável e ativo (World Health Organization, 2020), ou o “Plano de Ação do Envelhecimento Ativo e Saudável 2023-2026” (Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024, 2024), em Portugal assumiu medidas que visam também o apoio ao envelhecimento ativo, estilos de vida saudáveis e prevenção de doenças (Lei N.º 8/2024, 2024).

Segundo o plano da OCDE (2023), Portugal também se encontra a implementar várias medidas, através do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, que abrange toda a população, não só os idosos, de forma a fomentar hábitos alimentares saudáveis, através das restrições na publicidade de alimentos para crianças, normas alimentares nas escolas, impostos sobre alimentação, redução do IVA sobre cabaz alimentares saudáveis.

Outra medida de combate ao sedentarismo, é promovida pelo Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física, com diferentes iniciativas como a prescrição de atividade física nos cuidados de saúde primários e projetos piloto, medidas estas que podem e devem ser exploradas no âmbito da enfermagem de reabilitação (OCDE, 2023).

Ainda com o intuito de promoção do envelhecimento saudável, a OMS e a Organização Pan-Americana da Saúde (OMS, 2020a) lançaram o Programa de Atenção Integrada para a Pessoa Idosa, com o objetivo de melhorar os resultados em saúde através de um plano específico para a população idosa, pensado em auxiliar os profissionais de saúde na avaliação da pessoa através de seis domínios. Estes domínios são considerados “domínios de capacidade intrínseca”, são o conjunto de capacidades físicas e mentais que a pessoa tem ao seu dispor, mas que na maioria das vezes são negligenciadas em prol do tratamento de doenças agudas e podendo ser otimizadas, após a avaliação e intervenção de profissionais, estas capacidades identificadas são modificadores de um envelhecimento saudável, elas são: capacidade locomotora, vitalidade, capacidade visual, capacidade auditiva, capacidade cognitiva e capacidade psicológica. O documento tem diagramas de avaliação para cada domínio, que consoante essas avaliações indicam sugestões, soluções e formas de compensação, que ajudam os profissionais a delinear planos para ajudar na otimização das capacidades dos idosos, muitas destas soluções passam por um ajuste nutricional e incremento de hábitos de atividade física (OMS, 2020a).

O que importa ressaltar é que qualquer que seja a iniciativa, existem programas de exercício, podem ser realizados em diferentes contextos, no domicílio ou em comunidade, o mais importante é realizar atividade física de alguma forma, mesmo que seja de uma forma menos “organizada”.

As diretrizes entregues pela OMS (OMS, 2020c), são um conjunto de recomendações de saúde pública, baseadas em evidência, onde são relacionados os riscos de saúde relativos aos comportamentos sedentários e com as indicações de prática de atividade física ideal e recomendada para cada grupo etário. Este documento tem como objetivo servir de guia orientador, para formulação e aplicação de campanhas e programas dos diferentes governos ao incentivo da atividade física ao longo da vida.

De acordo com as recomendações, todas as pessoas acima dos 65 anos, deveriam praticar atividade física regular, o indicado é que pratiquem 150 a 300 minutos semanais de atividade física aeróbica de moderada intensidade, ou 75 a 150 minutos de atividade física aeróbica de elevada intensidade, ou uma combinação equivalente de tempo e intensidades. É também aconselhado para melhores resultados um complemento de 2 dias por semana de exercício de FM de moderada intensidade, que trabalhe todos os grandes grupos musculares e 3 dias por semana de atividades funcionais que estimulem o equilíbrio e força simultaneamente, de forma a aumentar a funcionalidade e a prevenir quedas (OMS, 2020c).

Neste relatório é também esclarecido, que idosos sedentários deverão começar a sua atividade física de forma progressiva, tanto na frequência, na intensidade e no volume e que qualquer atividade física por menor que seja, é mais positiva do que manter a sedentariedade (OMS, 2020c).

Segundo o relatório da linha de base da década do envelhecimento saudável (OMS, 2020b), são identificadas algumas estratégias como por exemplo, fornecer tecnologia para estimular a mobilidade, como dispositivos/aplicações com jogos e monitorização que criem desafios na comunidade de forma a estimular a atividade física, reduzir as barreiras nas áreas já edificadas, projetar moradias mais adequadas, que permitam às pessoas viver e envelhecer na sua residência habitual, melhorar a acessibilidade de transportes, criar atividades apelativas e estimulantes aos idosos, como programas de envelhecimento ativo com aulas de grupo, oficinas de trabalhos ou desafios de contagem de passos como foi criado em Singapura (OMS, 2020b).

Identifica-se também outro fator determinante para a manutenção da mobilidade, a segurança que a pessoa sente ao deslocar-se pelo seu ambiente, quando adequado, seguro, com barreiras arquitetónicas diminuídas, um domicílio adequado e meios de transporte facilitados, permitem maior autonomia e o envelhecer na residência habitual traduz-se em melhor qualidade de vida, prolongamento dos laços sociais e continuidade de uma participação ativa na comunidade (Alves et al., 2024; Cabo et al., 2025; Kalu et al., 2023; OMS, 2020b).

A motivação no desempenho de atividades físicas e sociais também pode ser afetada com o envelhecimento, com sintomas de depressão e menor mobilidade, é comum perder-se até o interesse por temas que anteriormente eram do agrado da pessoa (OMS, 2020a).

A mulher tem maior incidência consistência na prática de atividades físicas programadas, isto pode ter vários significados, como uma maior base de apoio, maior consciência sobre as suas necessidades e cuidados em saúde ou uma maior motivação para manter algum grau de mobilidade e independência comparativamente aos homens (Cabo et al., 2025). Estes

fatores devem ser analisados e tidos em conta, pois vão influenciar a aplicação de intervenções nesta área e definir o sucesso das mesmas. Definir objetivos e prioridades, assim como perceber as preferências da pessoa, é fundamental para um programa de exercício consistente e com resultados (OMS, 2020a).

A motivação dos idosos, geralmente centra-se nas suas maiores competências e preferências pessoais, assim o envolvimento dos idosos e dos seus cuidadores nas atividades, vão incentivar a participação ativa da sua recuperação e a alteração dos hábitos de saúde, sendo esta a base para um envelhecimento saudável (Alves et al., 2024).

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo Lobo e Palma (2024), tal como já foi identificado anteriormente, o envelhecimento progressivo da população, resulta numa maior prevalência de patologias, que vão colocar estas pessoas sobre maior fragilidade, maiores graus de incapacidade e dependência no autocuidado, traduzindo-se em processos de transição mais frequentes, entre estados de acomodação constante das suas novas condicionantes.

Deste modo existem duas teorias relevantes na prática da ER, uma vez que ambas as dinâmicas são matérias essenciais no processo de reabilitação, são elas a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orém e a Teoria das Transições de Meleis.

Na teoria de Orém, o autocuidado é o conceito central, por outro lado, na teoria de Meleis, as transições estão relacionadas com mudança e desenvolvimento da vida humana e na capacidade do autocuidado ao longo das diferentes transições, assim a abordagem prática centra-se em ambas as teorias de cuidados, uma vez que se complementam e vão de encontro à prática realizada na ER.

O referencial teórico de Dorothea Orém, especificamente a Teoria do Défice Auto Cuidado, na prática da ER, refere a importância de se conseguir manter a independência e recuperar as capacidades perdidas no contexto de doença e internamento, estimulando o autocuidado através da orientação e instrução, procurando evitar um sistema completamente compensatório em que as funções da pessoa são substituídas na sua totalidade, pelo apoio de terceiros (Ribeiro et al., 2021b).

A teoria de Orém, divide-se em três teorias que se relacionam, a teoria do autocuidado, é mais central, foca a pessoa, o autocuidado passa pela capacidade do individuo realizar e manter as suas AVDs (Hartweg & Metcalfe, 2022).

A teoria do défice do autocuidado acontece quando a pessoa não consegue suprimir as suas próprias necessidades de saúde, quando a necessidade de autocuidado é excedida pela capacidade existente, acontece geralmente quando existem desvios de saúde, a teoria aborda como a pessoa pode ser ajudada pela enfermagem a satisfazer as suas carências (Santos et al., 2017).

E a teoria dos sistemas de enfermagem, que explica as relações necessárias para a abordagem de enfermagem, sendo que o enfermeiro pode ser um “agente terapêutico” se estabelecer uma adequada relação com a pessoa, avaliando a necessidade de cuidados de enfermagem, prestando apoio e coordenando os cuidados com a pessoa e os serviços disponíveis, até que se consiga novamente adquirir autonomia e independência (Santos et al., 2017).

A autora acredita na capacitação dos indivíduos de forma a cuidarem da sua saúde, mantendo a máxima independência, sendo que a ação do enfermeiro surge, quando não exista a capacidade de autocuidado pelo próprio.

A teoria do autocuidado mantém-se atual, na medida em que, os cuidados tendem a ser cada vez mais individualizados, tendo em conta as necessidades específicas de cada um, englobando as vontades e necessidades sentidas pela pessoa, respeitando o direito à tomada de decisão pessoal.

Segundo a teoria, o plano de cuidados de enfermagem deve ser acordado entre a pessoa e o enfermeiro, deve ter em conta os fatores ambientais, sociais e familiares, de modo a adequar as intervenções às circunstâncias em que a pessoa se encontra, de forma a melhorar, adequar os recursos disponíveis aos contextos. Na teoria de Orém, o enfermeiro mais que cuidador, passa a ser uma agente de promoção de saúde (Hartweg & Metcalfe, 2022).

Afaf Meleis desenhou uma teoria, chamada Teoria das Transições, que relaciona as experiências transitivas da pessoa, com ações facilitadoras do enfermeiro. Segundo a autora as pessoas ao longo da vida, vão vivendo experiências, sofrendo transformações, ou seja, transições de diferentes ordens: transições de desenvolvimento (mudanças naturais ao longo da vida, de crescimento e envelhecimento), situacionais (como uma mudança de emprego ou cidade), organizacionais (como uma mudança no contexto de saúde) e de saúde-doença (mudanças no estado de saúde) (Ribeiro, et al., 2021b).

A transição acontece entre um estado de estabilidade para outro, relacionado a pessoa com a adaptação à situação e ambiente. As transições no decorrer da vida são várias, desenvolvem-se ao longo do tempo e geralmente são fases desestabilizadoras na vida da pessoa, pois são caracterizadas por serem eventos críticos e de alguma forma de mudança requerendo a adaptação, aceitação e aprendizagem de novas competências para que a pessoa se volte a sentir independente na sua nova condição de vida (Ribeiro, et al., 2021b).

Nas transições da área da saúde-doença, a pessoa é exposta a uma mudança de saúde, geralmente com presença de doença, e isto traduz-se na presença de algum grau de dependência, desde o início da estadia hospitalar, até ao momento da alta, podendo inclusive levar a transições e mudanças no seio familiar, quando há maior grau de dependência e necessidade de cuidadores, que também são afetados pela necessidade de transições, sendo que a intervenção se estende além da pessoa que viu o seu estado de saúde alterado.

No meio hospitalar, a pessoa depara-se na maioria das vezes com o contacto com a enfermagem, que deverá desempenhar um papel facilitador, através de terapêuticas de

enfermagem efetivas, ou seja, ações, que ajudem a pessoa a adaptar-se ao novo estado, procurando conseguir estabilidade e bem estar (Ribeiro et al., 2021b).

Para que se inicie o processo de transição, a pessoa em questão deve ter consciencialização sobre as mudanças, ou seja, reconhecer que se encontra num processo de mudança a vários níveis, físico, emocional, social e ambiental (Sousa et al., 2020).

O EEER geralmente encontra-se num contexto privilegiado, reconhece as características das pessoas com quem trabalha, as individualidades, crenças e atitudes, contexto familiar e social, pelo que facilita a antecipação de possíveis dificuldades que podem atrasar o processo de adaptação, pode agir precocemente e ajudar na máxima capacitação da pessoa, no ganho de autonomia ambiental (Sousa et al., 2020).

As terapêuticas de enfermagem de transições, devem ser asseguradas ao longo de todo o processo de saúde-doença, iniciando-se desde o primeiro momento em que a pessoa recorre ao estabelecimento de saúde, no momento da alta e se possível até depois disso, deve ser uma abordagem holística, que permita a transição positiva do regresso a casa, mesmo que a pessoa ainda esteja com algum grau de dependência no autocuidado.

4. PLANO DE INTERVENÇÃO – CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA IDOSA COM COMORBILIDADES E ALTERAÇÕES DA MOBILIDADE

Neste projeto pretendeu realizar-se uma investigação sobre a abordagem prática do EEER, com uma base metodológica, tendo em conta duas teorias, a teoria do Autocuidado de Dorothea Orém e a teoria das Transições de Afaf Meleis.

A junção destas duas teorias surge, pela evidência de que o processo de envelhecimento com morbilidades, é acompanhado por alterações da mobilidade, com influência no autocuidado, comprometendo-o. O comprometimento do autocuidado torna necessário o apoio por compensações externas de outrem, que pode ser de ordem mais leve, ou total.

Por outro lado, enquanto EEER, é importante dotar as pessoas com quem trabalhamos da ideia de que além desta compensação, que passou a existir no autocuidado, é necessário a pessoa compreender que existiu uma alteração do seu estado de habitual de saúde, aceitar, acomodar essa transição e aprender a adaptar esta transição ao seu novo estilo de vida.

A complementaridade das duas teorias, permite ao EEER acompanhar de forma sustentável e responsável as pessoas idosas com declínio da mobilidade e funcionalidade.

A elaboração de um plano de intervenção, é umas das etapas iniciais no processo de cuidados e da abordagem do enfermeiro. A metodologia de intervenção do EEER, é semelhante ao processo de enfermagem de cuidados gerais, este rege-se por várias etapas, que são sucessivas, cíclicas e não devem ser quebradas, para que o processo se mantenha sistemático e com base numa metodologia científica (Ribeiro et al., 2021a).

Na enfermagem de reabilitação, o enfermeiro procura desenvolver um raciocínio clínico que vá de encontro ao ganho de funcionalidade, capacitação e autonomia, deste modo, o EEER tem uma responsabilidade acrescida e um foco de atenção diferenciado de forma a ser centrado na procura da recuperação e independência da pessoa em processo de saúde doença, procurando agentes facilitadores nos processos de transição (Ribeiro et al., 2021a).

Nas etapas de tomada de decisão o EEER deve analisar os focos mais prevalentes e formular diagnósticos com base nas questões que surjam sobre alterações da funcionalidade de todos os sistemas, na resposta às transições vivenciadas e a fatores que possam ser dificultadores ou facilitadores no processo de adaptação à nova condição. A partir deste ponto são então definidos os objetivos realistas e as intervenções específicas do EEER para que estes possam ser alcançados (Ribeiro et al., 2021a).

Assim como na enfermagem de cuidados gerais, a padronização dos conceitos e linguagem técnica utilizada, é fundamental para que a informação seja apresentada, tendo em conta um raciocínio clínico e tornando evidente a eficiência de cuidados. Deste modo, o

plano de cuidados deve cumprir com a linguagem CIPE (ICN, 2016), além desta padronização já referida, pressupõem-se a pesquisa para que os diagnósticos, intervenções e resultados apresentados em linguagem CIPE, estejam devidamente suportados em base científica. Com a informatização e a correta utilização de linguagem CIPE, é importante enquanto EEER, proceder ao correto registo de forma a definir indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, assim como os ganhos obtidos após as intervenções realizadas nos diferentes contextos.

Como referido por Ribeiro et al. (2021a) é através destes dados que é possível apresentar indicadores de qualidade no trabalho desenvolvido em qualquer uma das áreas e em específico no âmbito da ER, sendo por este motivo, importante registar os cuidados e ganhos, de forma a fundamentar a nossa intervenção.

Apresentam-se de seguida, os focos, diagnósticos e intervenções reunidos, com base na literatura, para orientar a prática do EEER na pessoa idosa com alterações da mobilidade e morbilidades. Estes focos foram também selecionados de acordo com os mais prevalentes ao longo da experiência obtida ao longo dos estágios. De seguida apresentam-se os diagnósticos e intervenções consideradas mais relevantes para os cuidados que foram prestados a cada um dos diferentes doentes, nas diferentes áreas. Nos casos reais, cada plano de cuidados foi individualizado e ajustado a cada sessão, de acordo com a evolução e as necessidades de cada pessoa.

Tabela 1- Focos, Diagnósticos, Intervenções e Resultados Esperados

FOCO: Movimento Muscular	
DIAGNÓSTICO: movimento muscular diminuído (membro superior e inferior) (OE, 2015b) / Potencial para melhorar a consciencialização e conhecimento sobre exercícios musculares e articulares (Araújo et al., 2021)	
INTERVENÇÕES:	RESULTADOS ESPERADOS: • Movimento muscular aumentado (OE, 2015b) • Consciencialização da relação entre exercícios e mobilidade dos membros, melhorada (Araújo et al., 2021)
Monitorizar força muscular através de escala Medical Research Council Muscle Scale (OE, 2018a).	
Executar técnica de exercício muscular e articular com exercícios passivos e ativos assistidos dos MS e MI afetados (Araújo et al., 2021).	

Executar técnica de exercício muscular e articular ativos e ativos resistidos dos MS e MI são (Araújo et al., 2021).	• Conhecimento e capacidade de executar exercícios melhorada (Araújo et al., 2021)
Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular (OE, 2018a).	
Ensinar/ Instruir e Treinar e Incentivar sobre exercícios musculares e articulares (Couto et al., 2021)	
Executar exercícios terapêuticos como rolar e levantar; ponte; treino de equilíbrio; treino de exercício com bola terapêutica; treino de força muscular e treino de resistência (Araújo et al., 2021).	
Providenciar equipamento e material educativo (Couto et al., 2021), como bandas elásticas halteres, pesos adaptados, documentos elaborados no âmbito dos estágios para este sentido (panfletos, cartas).	
Informar sobre complicações (risco de rigidez articular) e prevenção de segurança (risco de luxação) sobre a articulação (joelho) (Lourenço et al., 2021).	

FOCO: Equilíbrio Corporal

DIAGNÓSTICO: Equilíbrio corporal, comprometido (OE, 2015b) / Equilíbrio estático comprometido (Araújo et al., 2021)/ Equilíbrio dinâmico comprometido (Araújo et al., 2021)

<u>INTERVENÇÕES:</u>	RESULTADOS ESPERADOS:

Monitorizar equilíbrio corporal através de uma escala de avaliação de equilíbrio (OE, 2018a), utilizado o Teste de Tinetti.	• Consciencialização da relação do controlo postural e equilíbrio melhorada (OE, 2015b) • Conhecimentos sobre exercício para o treino de equilíbrio melhorado (OE, 2015b) • Equilíbrio estático / dinâmico melhorado (OE, 2015b)
Realizar correção da postural (OE, 2015b)	
Analisar com a pessoa a relação entre os exercícios de controlo postural e equilíbrio (OE, 2015b)	
Realizar exercícios de equilíbrio dinâmico sentado com carga no cotovelo (OE, 2015b)	
Executar/ Ensinar/ Instruir e Treinar sobre técnica e treino de equilíbrio estático (sentado e em pé) (OE, 2015b)	
Executar/ Ensinar/ Instruir e Treinar sobre técnica e treino de equilíbrio dinâmico (sentado e em pé) (OE, 2015b)	

FOCO: Intolerância à atividade

DIAGNÓSTICO: Intolerância à atividade, presente (OE, 2015b)

<u>INTERVENÇÕES:</u>	RESULTADOS ESPERADOS:
Avaliar conhecimento sobre técnica de conservação de energia e hábitos de exercício físico (OE, 2018a).	• Intolerância à atividade melhorada (Couto et al, 2021). • Consciencialização da relação entre gestão de atividade / repouso e conservação de energia melhorada (Couto et al, 2021). • Conhecimento sobre estratégias adaptativas melhorada (Couto et al, 2021). • Potencial para melhorar conhecimento e capacidade de
Avaliar intolerância à atividade (OE, 2018a), através da escala de Borg modificada de Frequência Cardíaca [FC].	
Ensinar/ Instruir /Treinar e Incentivar sobre técnicas de conservação de energia (OE, 2015b).	
Ensinar/ Instruir / Incentivar sobre Planear o repouso (OE, 2015b).	

Ensinar/ Instruir /Treinar e Incentivar sobre estratégias adaptativas para realização de AVDs (Couto et al, 2021).	executar exercícios físicos melhorada (Couto et al, 2021).
Avaliar / Ensinar / Incentivar sobre hábitos de exercício físico (OE, 2015b).	
Gerir/ Negociar / Planear / Incentivar a Atividade Física de forma continua no dia a dia (OE, 2015b; Couto et al., 2021)	
Supervisionar resposta ao exercício (OE, 2015b).	
Ensinar sobre vigilância da resposta física à atividade (Couto et al., 2021; Lourenço et al., 2021)	
Ensinar/ Instruir /Treinar e Incentivar sobre exercícios de resistência (Couto et al., 2021).	

FOCO: Autocuidado comprometido

FOCO: Autocuidado comprometido - Higiene

DIAGNÓSTICO: Potencial para melhorar o conhecimento sobre adaptação do domicílio / dispositivo auxiliar para autocuidado higiene (OE, 2015b)

<u>INTERVENÇÕES:</u>	RESULTADOS ESPERADOS:
Avaliar a capacidade para realizar o autocuidado higiene (OE, 2015b).	- Potencial para melhorar o conhecimento sobre adaptação do domicílio / dispositivo auxiliar para autocuidado higiene, melhorado (OE, 2015b). - Conhecimento sobre estratégias adaptativas, melhorado (Couto et al., 2021)
Avaliar o conhecimento sobre adaptação do domicílio / de dispositivos auxiliar para o autocuidado higiene (OE, 2015b)	
Ensinar/ Instruir e treinar a preparação do material para a higiene, como a ordem da roupa, os produtos necessários (Couto et al., 2021).	

Ensinar/ Instruir/ Treinar uso de técnica de adaptação para autocuidado: vestuário (OE, 2018a) como por exemplo: realizar a atividade sentado.	
--	--

FOCO: Autocuidado comprometido – Vestuário

DIAGNÓSTICO: Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de adaptação / dispositivo auxiliar para autocuidado Vestuário (OE, 2015b)

<u>INTERVENÇÕES:</u>	RESULTADOS ESPERADOS:
Avaliar a capacidade para realizar o autocuidado vestuário (OE, 2015b).	- Potencial para melhorar o conhecimento sobre adaptação do domicílio / dispositivo auxiliar para autocuidado vestuário, melhorado (OE, 2015b). - Conhecimento sobre estratégias adaptativas, melhorado (Couto et al., 2021)
Avaliar o conhecimento sobre adaptação do vestuário / de dispositivos auxiliar para o autocuidado vestuário (OE, 2015b)	
Ensinar/ Instruir/ Treinar uso de técnica de adaptação para autocuidado: vestuário (OE, 2018a) como por exemplo: realizar a atividade sentado, ordem de vestir as peças de roupa, dispor a roupa por ordem, escolher roupas fáceis de vestir (por exemplo sem botões) (Couto et al., 2021).	

FOCO: Autocuidado comprometido – Ir ao sanitário

DIAGNÓSTICO: Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de adaptação / dispositivo auxiliar para autocuidado ir ao sanitário (OE, 2015b)

<u>INTERVENÇÕES:</u>	RESULTADOS ESPERADOS:
Avaliar a capacidade para utilizar o sanitário (OE, 2015b).	- Potencial para melhorar o conhecimento sobre adaptação do domicílio / dispositivo auxiliar para autocuidado vestuário, melhorado (OE, 2015b). - Conhecimento sobre estratégias adaptativas, melhorado (Couto et al., 2021)
Avaliar o conhecimento sobre adaptação do vestuário / de dispositivos auxiliar para o autocuidado vestuário (OE, 2015b)	
Ensinar/ Instruir/ Treinar uso de técnica de adaptação para usar o	

sanitário e a possibilidade de produtos de apoio como alçapão de sanita ou barras laterais para apoio dos braços (Araújo et al., 2021)	
FOCO: Autocuidado comprometido – Alimentar-se (comer e beber)	
DIAGNÓSTICO: Potencial para melhorar o conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado alimentar-se (OE, 2015b)	
<u>INTERVENÇÕES:</u>	RESULTADOS ESPERADOS:
Avaliar a capacidade para utilizar dispositivos de apoio para alimentar-se (OE, 2015b).	Potencial para melhorar o conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado alimentar-se, melhorado (OE, 2015b).
Instruir/ Treinar sobre uso de dispositivo auxiliar para autocuidado alimentar-se (OE, 2018a)	
Ensinar/ Instruir/ Treinar uso de técnica de adaptação para alimentar-se, como sentar-se numa posição ideal, apoiar os braços, comer pausadamente e de forma fracionada, repousar antes e após das refeições (Couto et al., 2021)	

Fonte- Elaboração própria

4.1 PROGRAMA DE MOBILIDADE

Foi elaborado um programa de mobilidade e implementado ao longo dos estágios, junto das pessoas internadas nos serviços onde estes decorreram e que cumpriam com os critérios de inclusão. A implementação do programa decorreu durante os turnos em que me encontrava presente, tendo sido uma média de 4 dias por participante, foram sessões individuais, de aproximadamente 40/50 minutos.

A implementação de programas de mobilidade e treino motor, são as estratégias de intervenção na ER mais relevantes neste contexto. O incremento de atividade física reflete-se melhorias de mobilidade imediatas e na redução do declínio funcional num período de seis meses (Ferreira et al., 2025), pelo que os idosos se devem manter motivados para que existe uma continuidade na intervenção.

O programa de mobilidade, apresentado em seguida, foi elaborado e organizado com base na metodologia e os princípios de treino “FITTVP” segundo as recomendações de prescrição de exercício para idosos da *American College of Sports Medicine* [ACSM] (American College of Sports and Medicine [ACSM], 2022).

A sigla FITTVP corresponde aos princípios de treino Frequência (com que frequência realiza, por dia ou semana), Intensidade (quão intenso, pode ser avaliado objetivamente com avaliação da FC, consumo de O₂, equivalente metabólico ou subjetivamente com aplicação de escalas como a percepção subjetiva do esforço [PSE]), Tempo (duração da sessão, tempo, geralmente em minutos), Tipo (tipologia de treino, por exemplo, treino aeróbio, de força, respiratório), Volume (quantidade total de exercício, relaciona-se com o tempo, a carga, número de repetições), Progressão (evolução no exercício) (ACSM, 2022).

O objetivo consiste em atender às necessidades relevantes para a população idosa, promovendo as capacidades físicas de forma funcional e combinada, nomeadamente a resistência aeróbia, força, equilíbrio, flexibilidade, que são as componentes identificadas como fundamentais para o treino de pessoa idosa (ACSM, 2022; Ferreira, et al., 2025). Em concordância com as recomendações da metodologia FITTVP, as sessões foram ajustadas individualmente, tendo em conta as capacidades individuais e funcionais de cada pessoa.

A adequação dos exercícios é algo essencial, estes devem ir de encontro às necessidades da população alvo e serem adaptados consoante as limitações de cada um (Ferreira, et al., 2025), pelo que o programa foi ajustado consoante o participante.

Foram desenvolvidos exercícios específicos de mobilidade para a abordagem ao doente pós AVC em fase aguda no apêndice III, pela necessidade própria da componente dos exercícios para a patologia. O mesmo aconteceu no estágio de cardiologia, tendo sido elaborado um panfleto com exercícios de reabilitação cardíaca em contexto pós-enfarte presente no apêndice II, tendo sido ajustada a intensidade dos exercícios às recomendações do Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação: Reabilitação Cardíaca (OE,2020).

Antes de iniciar a implementação do programa de mobilidade, foi realizada uma avaliação diagnóstica com as escalas anteriormente mencionadas e no dia em que antecedeu a alta.

Na secção seguinte apresenta-se o programa que foi concebido e implementado ao longo dos estágios.

Tabela 2- Programa de mobilidade de acordo com os princípios FIITVP

PROPOSTA DE PROGRAMA DE MOBILIDADE DE ACORDO COM OS PRINCÍPIOS FIITVP					
Frequência – 2x / semana			Volume/Tempo: 50min		
Fase de Treino	Exercício	Progressão	Series X Repetições	Tempo de Descanso	Intensidade (PSE 0-10)
Aquecimento	- Mobilização articular ativa - Exercícios de componente respiratória: Consciencialização da respiração e dissociação dos tempos respiratórios; Respiração com expiração com os lábios semi cerrados; respiração diafragmática - Exercícios de Expansibilidade Torácica e reabilitação costal seletiva e global com ou sem recurso a bastão.		2 série -10 repetições	20" a 30"	1-3
Treino de Resistência aeróbia	Escolher uma ou duas opções: Caminhar no espaço possível a um ritmo confortável Caminhar sobre uma linha reta Contornar/ ultrapassar obstáculos Subir e descer escadas Utilização de cicloergometro	Alternar 2 minutos de passada confortável, com 2 minutos de passada vigorosa.	6' a 10'	2' (Ou tempo de entregar material e explicação dos exercícios seguintes)	1ºs 5' – nível 3-4 2ºs 5' – nível 4-5 aumentando a frequência da passada
Treino de Força	1. Força membros inferiores (flexão coxofemoral)	Especificamente para cada exercício, acrescentar carga	2 série -10 repetições	30" entre cada exercício 1' entre séries	6-7

	2. Força membros inferiores (agachamento) 3. Força membros inferiores (extensão) 4. Força membros inferiores (abdução) 5. Força membros superiores (flexão braços e ombros) 6. Força membros superiores (dorsal com banda elástica) 7. Força abdominal (flexão musculatura anterior) 8. Força abdominal (flexão e rotação musculatura lateral)	(com pesos ou elásticos) • Progredir progressivamente com número de repetições			
Treino de equilíbrio	1. Alternar flexão plantar com dorsiflexão (e apoio no calcâneo) 2. Em flexão plantar, lançar bola ao ar ou parede e apanhar. 3. Apoio unipedal, com apoio nas costas da cadeira 4. Colocar obstáculos no chão e pedir para ultrapassar	3. Progressivamente e mudando posição da perna suspensa, passar a perna suspensa para trás, abduzir, fletir à frente.	2 série – 10 repetições Ou 30"	30" entre cada exercício	1-3
Retorno à calma/ alongamentos	Alongamentos estáticos e dinâmicos da musculatura trabalhada com apoio na cadeira. Exercício de relaxamento e de controlo respiratório.		5' Manter alongamento entre 10-30"		Alongar de modo a sentir ligeiro desconforto

Fonte- Elaboração Própria

5. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

5.1 RESUMO

Contexto: A implementação de programas de reabilitação no âmbito da mobilidade, em idosos, por profissionais de saúde, contribui com ganhos em saúde. **Objetivos:** O objetivo é identificar os ganhos em mobilidade resultantes das intervenções de reabilitação à pessoa idosa. **Metodologia:** Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, através da metodologia PICO, o trabalho apresentado será em formato de revisão integrativa da literatura, cumprindo a precisão metodológica através da utilização da sigla PICO, de forma a garantir uma definição concreta da questão de investigação e posteriormente uma pesquisa adequada. **Resultados/ Conclusão:** A mobilidade é a base da independência funcional, afetando a qualidade de vida, quando comprometida. Exercícios de mobilidade física simples, contribuíram com resultados positivos nas componentes do equilíbrio, força muscular, marcha, diminuição da dor musculoesquelética e maior resistência cardiorrespiratória. A nível psicológico verificou-se ainda uma redução da ansiedade, melhoria da função cognitiva, melhor autoestima e interação social.

5.2 INTRODUÇÃO

O aumento do envelhecimento populacional é um fenómeno mundial, que tem tendência para se manter, com isto existe o aumento de população envelhecida, e segunda as estimativas, espera-se que a população idosa tenda a duplicar nos próximos anos e com isto surgem desafios significativos (Mejía & López, 2024), tanto para a população idosa mais vulnerável, como para os mais novos, com o dever de apoiar e permitir uma vida equilibrada dos mais velhos.

O envelhecimento está associado a uma deterioração natural e fisiológica do corpo, com evidência ao nível neurológico, muscular e respiratório, (Jofré-Saldía et al., 2023). É comum o aumento da morbilidade, surgirem doenças crónicas e dificuldades associadas à idade avançada, como aumento do número de quedas, doenças do foro psiquiátrico, alimentação insuficiente, aumento da imobilidade e todas as consequências que daí advêm.

A aptidão física das pessoas pode ficar assim comprometida com o avançar da idade, principalmente se não existirem cuidados de forma a evitar e retardar doenças e precaver fatores de risco. A alteração da mobilidade mostra-se assim um fator comum a uma grande parte da população idosa, e é associada ao aumento de risco de doenças cardiovasculares, risco de queda e aumento da fragilidade, influenciando a autonomia e qualidade de vida dos idosos (Jofré-Saldía et al., 2023).

5.3 METODOLOGIA

Após o objetivo desta revisão definido, pretendeu-se formular a questão de investigação, de forma a dar resposta ao objetivo da pesquisa e a orientar a investigação e os resultados obtidos.

A questão de investigação foi elaborada através da utilização da metodologia PICO de *Joanna Briggs Institute* [JBI] (Aromataris et al., 2024), que se traduz em: P que significa Participantes; I a Intervenção; C a Contexto/Controlo; O a Outcomes ou resultados (Aromataris et al., 2024). Esta metodologia permite a identificação clara do foco da revisão, permite intuitivamente estabelecer a seleção de critérios de inclusão e exclusão, facilitando a procura crítica e reconhecimento de artigos adequados para a questão de investigação definida, com o objetivo de encontrar a melhor evidência para a prática clínica da ER.

Deste modo, procede-se à aplicação da metodologia PICO:

Tabela 3- Aplicação da metodologia PICO

P (População- alvo)	Quem foi o alvo do estudo?	Idosos (ou pessoa com 65 ou mais anos)
I (Tipo de intervenção)	Qual o alvo do estudo?	Intervenções no âmbito de reabilitação
C (Contexto/Comparação)	Qual o contexto?	Em contexto domiciliário ou institucional
O (Outcome/Resultado)	Quais os resultados esperados?	Ganhos no padrão de mobilidade

Fonte- Elaboração Própria

Após isto, foi definida a questão norteadora da pesquisa, pretende-se então mapear e analisar, evidência científica, que identifique “Quais os ganhos obtidos após intervenções de reabilitação, no padrão de mobilidade em idosos, em diferentes contextos de cuidados, descritos na literatura?”.

A estratégia de pesquisa utilizada para a obtenção dos resultados seguidamente apresentados, foi elaborada através da questão PICO e da utilização de uma frase composta por conceitos relevantes e marcadores booleanos.

A pesquisa e colheita dos dados sobre o tema foi desenvolvida durante o mês de fevereiro e março de 2026, através dos motores de busca *PubMed*, *EBSCO* e *Scopus*.

Os descritores foram verificados na plataforma MeSH® Browser (*medical subject headings*) e do DeCS® (Descritores em Ciências da Saúde), de forma a aceder a artigos corretamente indexados nas bases de dados científicas. A lista de termos selecionados foi então "Older adults"; "Elderly"; "Frail elderly"; "Rehabilitation Nursing" "Nursing"; "Mobility Limitation"; "Mobility"; "Quality improvement";

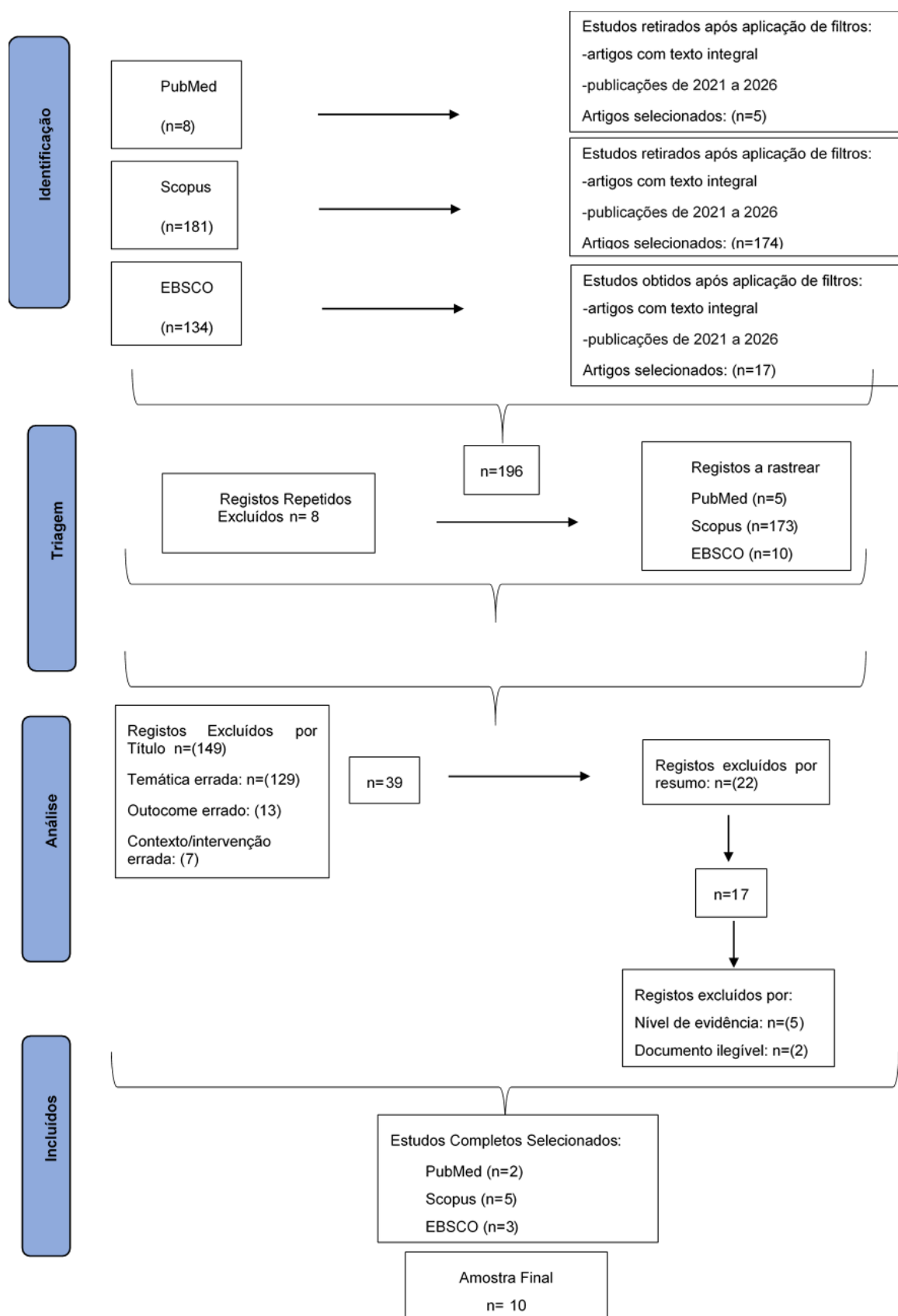
Após a seleção das palavras chave, foi construída uma frase com os marcadores booleanos *AND* e *OR*, permitindo seguidamente realizar a pesquisa nos motores de busca.

Foram definidos critérios de inclusão e exclusão para a realização da pesquisa, estes critérios permitem afunilar a pesquisa. Como critérios de inclusão foram selecionados os estudos que apresentassem a população, intervenção, contexto e outcomes previamente definidos na tabela 1. Como critérios de exclusão, fazendo-se o uso dos filtros das bases de dados, excluíram-se os artigos anteriores ao ano 2021 e estudos que não tivesse disponível o texto integral.

A pesquisa resultou em 323 resultados, após a aplicação dos filtros, obtiveram-se 196 resultados, destes 8 eram repetidos.

Após o processo da pesquisa nas bases de dados, procedeu-se à análise dos estudos encontrados, tendo em conta novamente os critérios de inclusão. Inicialmente através da leitura do título, foram eliminados 149 artigos que não corresponderam à população selecionada, com a leitura do resumo foram excluídos 22 artigos que não apresentaram o tipo de intervenção ou outcomes desejados, resultando num total de 17 artigos. Por fim foram eliminados os artigos que não apresentaram a qualidade metodológica de acordo com os critérios de evidência da JBI, selecionando-se apenas estudos de carácter primário, foram ainda eliminados dois artigos que não se encontravam disponíveis integralmente. Resultaram assim 10 artigos selecionados.

Figura 1 - Metodologia de pesquisa, PRISMA 2020



Fonte- Elaboração Própria

5.4 RESULTADOS

Com a leitura e análise dos artigos recolhidos para a elaboração desta revisão integrativa, como forma de sistematizar os resultados obtidos, são apresentados no quadro seguinte, a população alvo, o objetivo de cada estudo, as intervenções realizadas, os ganhos e os resultados concluídos em cada estudo.

Tabela 4- Síntese dos artigos incluídos na Revisão Integrativa da Literatura

Identificação do estudo/ Tipo de estudo	População alvo	Objetivo do estudo	Intervenção	Resultados
P1- Título: “Nursing intervention for physical mobility in older adults” Ano: 2024 Autores: Daniela Alejandra Romero Mejía; Valeria Isabel Espín López Nível de evidência: Nível 2.d. (Desenho quase-experimental) DOI: 10.56294/saludcyt2024586	18 Idosos com 65 ou mais anos independentes ou com dependência leve, residentes em instituição.	Determinar o efeito da intervenção de enfermagem na deterioração da mobilidade física em idosos e como prevenir a fragilidade e o risco de quedas.	Realizado o programa de exercícios de Otago (aquecimento, fortalecimento muscular e equilíbrio), ao longo de 4 semanas, 1 sessão por dia.	Neste artigo existiu melhoria da velocidade da marcha, equilíbrio, teste de levantar e sentar, melhoria da condição de frágil para pré frágil. Fez-se referência a outros artigos, onde o programa foi aplicado durante mais tempo com referência a melhorias mais evidentes da fragilidade. Neste houve alteração no índice de fragilidade numa pessoa, passando do estado de fragilidade para pré-fragilidade. Os exercícios de Otago podem melhorar a mobilidade articular, diminuem as dores musculoesqueléticas, previnem a sarcopenia, reduzem o número de quedas e a incapacidade.
P2- Título: “Effect of Educational Nursing Intervention on Functional	60 Idosos com	Determinar o efeito intervenção de enfermagem	Programa educacional de sete sessões,	Existiram melhorias significativas no equilíbrio, marcha,

Mobility and Quality of Life Among Elderly Patients With Parkinson's Disease" Ano: 2024 Autores: Ebrahim Ahmed Elsamahy; Ebtesam Mo'awad El-sayed Ebied Nível de evidência: Nível 1.d (Desenho quase-experimental) DOI:10.5281/zenodo.12736527	doença de Parkinson	baseada no ensino ao nível da mobilidade funcional e qualidade de vida.	individuais de 30 minutos sobre gestão da doença, e exercícios práticos de força, equilíbrio, treino de marcha e alongamentos. Os participantes tiveram indicação para recrear as sessões ao longo de 3 meses.	posição ortostática e força muscular. Todas as dimensões trabalhadas, apresentaram resultados positivos, representando uma melhoria na mobilidade funcional, assim como na qualidade de vida. Pouca melhoria ao nível das AVDs.
S1- Título: "Impact of Mild-Level Exercises on Gait, Balance, and Functional Status to Prevent Fall among Elderly in Selected Areas of Belagavi District, Karnataka: A Pilot Study" Ano: 2023 Autores: Shakeelahmed Rafiq Mujawar; Tukaram Zagade; Prakash Naregal Nível de evidência: Nível 2.c. (desenho quase-experimental, abordagem quantitativa) DOI: 10.4103/jdmimsu.jdmimsu	26 idosos residentes em áreas rurais	Implementar um programa de exercício a idosos e determinar o que esse programa pode influenciar na marcha, equilíbrio e desempenho funcional.	Avaliação do desempenho dos idosos através da escala de Berg, Teste de Tinetti, Katz. Foi aplicado um programa de exercícios de baixa densidade ao grupo de controlo durante 7 dias.	Existiram melhorias significativas ao nível da marcha, no equilíbrio e do desempenho funcional, no grupo experimental. A implementação de exercícios de baixa intensidade, mesmo que por um curto período de tempo, tem influência na melhoria da marcha e redução do número de quedas.
S2- Título: "The effect of different exercise modalities on older adults' quality of life: an assessor-blinded randomized controlled trial" Ano: 2025 Autores: Huizhi Yang; Jiahao Li; Wei Shan; Shuangfeng Ren; Xinyu	78 Idosos com 65 ou mais anos, residentes em instituição, conscientes e orientados, que conseguiram em	Identificar quais os exercícios mais eficazes para a promoção do envelhecimento saudável e qualidade de vida.	O grupo de idosos foi dividido em três grupos e ao longo de 12 a 24 semanas, foram aplicados exercícios aeróbios, de resistência com bandas elásticas e exercícios tradicionais	O grupo sujeito aos exercícios aeróbios, obtiveram ganhos significativos às 12 semanas ao nível da componente física. Com aumento da resistência cardiorrespiratória e diminuição da fadiga, melhoria do bem estar emocional; no grupo

Chai; Jiali Lu; Huiping Yan; Yifan Lu Nível de evidência: Nível 1.c. (Ensaio randomizado controlado) DOI: https://doi.org/10.1038/s41598-025-11047-1	caminhar de forma independente.		chineses baseados em movimentos lentos de equilíbrio, coordenação, flexibilidade e controlo respiratório.	dos exercícios de resistência obtiveram-se ganhos na força muscular, com melhor desempenho físico em atividades vigorosas, equilíbrio e ao nível da saúde mental, ganhos psicológicos ao nível da autoestima e interação social. O grupo que realizou os exercícios tradicionais chineses, foi o que obteve resultados mais significativas em todas as componentes avaliadas, que contribuem para uma melhor qualidade de vida, nomeadamente ao nível da redução de dores, melhoria da vitalidade e coordenação motora, equilíbrio e flexibilidade.
S3- Título: "Assessing the Impact of Frailty Interventions on Older Patients With Frailty" Ano: 2024 Autores: Miaoyu Zhang; Lingling Zhong Nível de evidência: Nível 1.d. (Ensaio randomizado controlado) DOI: https://doi.org/10.1016/j.curtheres.2024.100769	100 idosos, com 80 ou mais anos, internando em meio hospitalar, com fragilidade física leve a moderada.	Avaliar a eficácia da inclusão de exercício físico nas intervenções a idosos com fragilidade.	O grupo foi dividido em dois, no primeiro, considerado grupo de controlo foram aplicados exercícios físicos padrão e no outro os mesmos exercícios físicos com incremento de intervenção de enfermagem de reabilitação. A intervenção decorreu ao longo de 12 meses com uma prática diária,	Ambos os grupos obtiveram melhorias na mobilidade funcional, equilíbrio funcional e redução da dependência funcional, no entanto no grupo experimental, ao 3º mês de intervenção os ganhos ao nível da mobilidade funcional, independência nas AVDs, equilíbrio funcional, força muscular e satisfação, assim como diminuição da fragilidade, foram consideravelmente

			que variava entre a marcha, exercícios educacionais ou treino físico de maior intensidade.	maiores. A inclusão da intervenção de enfermagem mostra-se eficaz na promoção da saúde e independência funcional.
S4- Título: “The impact of physical exercises with elements of dance movement therapy on the upper limb grip strength and functional performance of elderly wheelchair users living in nursing homes – a randomized control trial” Ano: 2021 Autores: Natalia Wołoszyn; Agnieszka Wiśniowska-Szurlej; Joanna Grzegorzczuk; and Andrzej Kwolek Nível de evidência: Nível 1.c. (Ensaio controlado randomizado) DOI:https://doi.org/10.1186/s12877-021-02368-7	165 idosos residentes em lar, que utilizam cadeira de rodas	Avaliar a influência de exercícios com elementos de dança na força dos MSs e desempenho funcional dos idosos.	O grupo foi dividido em três, num deles foram realizados ao longo de 12 semanas, 2 sessões por semana de 45 min, exercícios com terapia de movimento através da dança, noutro e exercícios convencionais e o terceiro foi o grupo de controlo, ao longo de 12 semanas.	Verificou-se um aumento da força de preensão e destreza manual, flexibilidade, melhoria do equilíbrio, independência funcional e melhoria do fluxo expiratório nos dois grupos que realizaram exercícios. A música beneficia todas as áreas com maior ênfase na coordenação, força e funcionalidade. No final do ensaio, o grupo da dança demonstrou melhorias significativas relativamente ao grupo dos exercícios básicos, o grupo de controlo apresentou declínio progressivo da força muscular.
S5- Título: “The effect of Otago exercises on fear of falling, balance, empowerment and functional mobility in the older people: Randomized controlled trial” Ano: 2023 Autores: Fatma Zehra Genç; Naile Bilgili Nível de evidência: 1.C (Estudo controlado randomizado) DOI:https://doi.org/10.1111/ijn.13194	29 idosos, com idades superiores a 65 anos, residentes em lar.	Avaliar o efeito dos exercícios de Otago, no equilíbrio, capacidade funcional e medo de queda.	A intervenção decorreu ao longo de oito semanas, com sessões 3x por semana compostas por exercícios com base no programa de exercícios de Otago e em 30 minutos de caminhada. Foi definido um grupo de controlo	Existiram melhorias ao nível do equilíbrio, força muscular dos MIs, preensão palmar, e no teste de levantar e sentar. No entanto não existiram melhorias na força muscular dos MSs, na caminhada dos 6 minutos, nem no medo de quedas. Este artigo demonstrou que é possível desenvolver programas

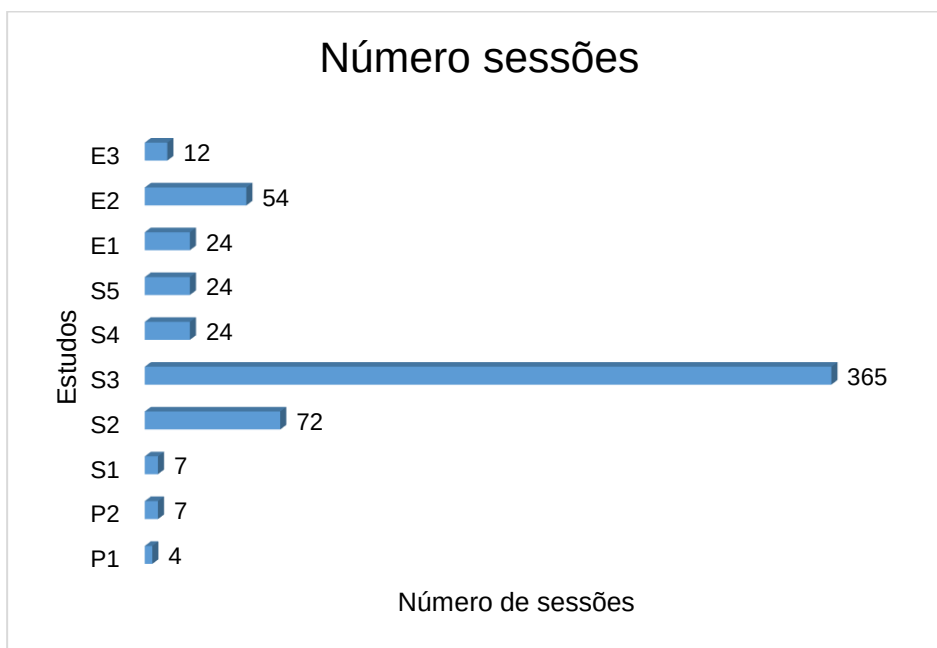
			constituído por 14 idosos e o grupo experimental por 15 idosos. Na primeira semana, o investigador esteve presente e administrou as sessões, gravou as sessões, para que nas semanas seguintes, os participantes pudessem reproduzir com recurso ao vídeo, definiu um líder e nas semanas seguintes, realizou visitas para incentivo e orientação do grupo.	de exercícios para idosos, sem necessidade de muito investimento material ou temporal, contribuindo ainda assim com aspetos positivos para a população, como melhoria do índice de empoderamento/ capacitação, e melhoria nas componentes físicas.
E1- Título: "Effect of the Active Aging-in-Place– Rehabilitation Nursing Program: A Randomized Controlled Trial" Ano: 2023 Autores: Faria ADCA, Martins MMFPS, Ribeiro OMPL, Ventura-Silva JMA, Fonseca EF, Ferreira LJM, Laredo-Aguilera JA. Nível de evidência: 1.C (Estudo controlado randomizado) DOI: 10.3390/healthcare11020276	30 idosos residente em domicílio (com doenças que se refletem em fragilidade)	Identificar a eficácia do programa de enfermagem de reabilitação "active Aging-in-Place– Rehabilitation Nursing Program" na capacidade funcional dos idosos	Foi implementado um programa de enfermagem de reabilitação, ao longo de 12 semanas, 24 sessões, nos domicílios dos idosos selecionados. Estas sessões eram compostas por aquecimento, exercício aeróbio, exercícios de força, flexibilidade, equilíbrio (com base nos exercícios de Otago) e treino de	Este estudo demonstra a eficácia de um programa de reabilitação, com ganhos na força muscular, flexibilidade, equilíbrio, marcha, força de preensão manual. Maior independência nas AVDs, diminuição da sensação subjetiva do esforço na diminuição do índice de fragilidade e melhoria da funcionalidade, hábitos de atividade física, comportamento social e gestão do stress, evidenciando a

			AVDs. O grupo foi dividido em dois, grupo de controlo e grupo experimental, sendo aplicado o programa no grupo experimental.	importância do EEER neste processo.
E2-Título: "Multicomponent Training in Progressive Phases Improves Functional Capacity, Physical Capacity, Quality of Life, and Exercise Motivation in Community-Dwelling Older Adults: A Randomized Clinical Trial" Ano: 2023 Autores: Emilio Jofré-Saldía; Álvaro Villalobos-Goricoitia; Cristián Cofré-Bolados; Gerson Ferrari and Gemma María Gea-García Nível de evidência: 1.C (Estudo controlado randomizado) DOI: https://doi.org/10.3390/ijerph20032755	55 idosos residentes em domicílio com 2 ou mais doenças crónicas, 20 idosos pertencera m ao grupo de controlo e 35 ao grupo experimental	Avaliar o impacto de um treino progressivo multicomponente na funcionalidade, qualidade de vida e motivação para o exercício em idosos que vivem na comunidade.	Aplicação de um treino, progressivo, multicomponente, dividido em 3 fases, ao longo de 27 semanas, com duas sessões por semana que variavam entre os 45 e os 60 minutos. Na primeira fase com ênfase em exercícios de resistência muscular, numa segunda fase o ênfase foi dado ao desenvolvimento do treino cardiorrespiratório com exercícios de caminhada e na terceira fase o objetivo foi o trabalho de equilíbrio e flexibilidade.	Melhoria na capacidade funcional (avaliada através do time up and go, teste de velocidade de marcha dos 6 minutos e uma bateria de testes que avalia a potência e o equilíbrio), força muscular, velocidade de marcha e força de preensão manual, flexibilidade e capacidade pulmonar, (avaliada através do volume expiratório forçado). Existiram também melhorias na qualidade de vida (avaliada através da escala saúde SF-36) e na motivação para a prática de atividade física. Existiu um aumento significativo em todos os domínios avaliados especialmente na função física e desempenho físico e vitalidade.
E3- Título: "Promoting the empowerment and emancipation of community-dwelling older	31 idosos com multimorbilidades	Perceber o impacto de visitas domiciliárias a idosos, por parte de	Um programa com visitas domiciliárias, com sessões semanais	Melhoria na consciencialização da importância da alteração de estilos de

adults with chronic multimorbidity through a home visiting programme: a hermeneutical study” Ano: 2024 Autores: Iria Dobbarrio-Sanz; Anabel Chica-Pérez; Olga María López-Entrambasaguas; José Manuel Martínez-Linares; José Granero-Molina; and José Manuel Hernández-Padilla Nível de evidência: Estudo qualitativo DOI: https://doi.org/10.1186/s12912-024-02117-2		estudantes de enfermagem	de 30 a 45 minutos, ao longo de 12 semanas, por parte de estudantes de enfermagem. O foco destas sessões foi a promoção da saúde dos idosos com multimorbididades, os temas foram sobre o autocuidado e gestão da doença, hábitos de vida saudáveis, a utilização dos recursos de saúde e conhecimento sobre a autonomia e diretivas antecipadas de vontade.	vida, capacitação da independência e autocuidado, motivação para realização de exercícios físicos simples, repercussão na diminuição da ansiedade.
---	--	--------------------------	--	--

Fonte – Elaboração Própria

Figura 2 - Número de sessões administradas em cada estudo



Fonte – Elaboração Própria

Os programas desenvolvidos durante o menor número de dias foram o P2 (Elsamahy & Ebied, 2024) e S1 (Mujawar et al., 2023), que decorreram durante 7 dias, estes dois estudos, com objetivos muito diferentes, o P2 (Elsamahy & Ebied, 2024) com objetivo na qualidade de vida e o S1 com o objetivo de melhoria da qualidade de marcha, do equilíbrio e funcionalidade, obtiveram ainda assim, resultados positivos nas competências trabalhadas. No estudo P2 (Elsamahy & Ebied, 2024) que entrevistou junto de idosos com Parkinson, durante 7 dias, ensinando exercícios que foram aplicados durante 3 meses, existiram ganhos de equilíbrio, velocidade de marcha, capacidade de manter a posição ortostática e força muscular. O estudo S1 (Mujawar et al., 2023) tinha como objetivo comprovar que podia existir melhoria funcional mesmo que em intervenções curtas e poucos intensas.

O estudo E3 (Dobarrio-Sanz et al., 2024) foi desenvolvido ao longo de 12 sessões, mas de referir que não existiram intervenções ao nível físico, mas sim direcionadas ao ensino e literacia, o que ao nível de resultados obtidos poderá ser considerado insuficiente.

O programa de intervenção com mais sessões foi o programa S3 (Zhang & Zhong, 2025), neste programa as primeiras sessões foram administradas pelos enfermeiros durante o internamento, e no momento da alta, os idosos foram instruídos a continuar o mesmo treino diário no domicílio, com apenas uma sessão mensal de aconselhamento e com várias avaliações intermédias ao longo do estudo, apesar dos resultados positivos, pode ser questionável o comprometimento diário durante tanto tempo.

Seguiram-se os estudos E2 (Jofré-Saldía et al., 2023) com 52 sessões todas presenciais e o estudo S2 (Yang et al., 2025) com 72 sessões de treino aeróbio e de resistência e 36 semanas de treino tradicional (treino interrompido devido à pandemia COVID-19), todas as sessões foram acompanhadas.

Os estudos com um número de sessões intermédias foram o P1 (Mejía & López, 2024) com 28 sessões e S4 (Wołoszyn et al., 2021), S5 (Genç & Bilgili, 2023) e E1 (Jofré-Saldía et al., 2023) com 24 sessões presenciais.

No estudo S5 (Genç & Bilgili, 2023) as primeiras 8 sessões foram administradas presencialmente, a partir desse momento, foram escolhidos líderes (entre os participantes) que se encarregavam da realização das sessões, nesse período de tempo a investigadora, contactava via telefone para esclarecimento de dúvidas e incentivo à continuidade do programa. Para facilitar foi deixado na instituição suporte físico com a explicação dos exercícios.

Tabela 5 - Tempo de intervenção, ganhos específicos e recomendações dos estudos utilizados para a revisão

Estudos	Tempo de intervenção	Ganhos de mobilidade	Recomendações futuras
P1	4 semanas, prática diária	Velocidade de marcha, equilíbrio, teste de levantar e sentar.	Realização de exercícios aeróbios; fortalecimento muscular e equilíbrio funcional.
P2	1 semana, prática diária	Equilíbrio, marcha, posição ortostática e força muscular.	Aliar as intervenções educacionais de enfermagem ao exercício físico e à farmacologia.
S1	1 semana, prática diária	Equilíbrio, marcha.	Implementar programas de exercício de baixa intensidade; programas de educação continua de enfermagem nos diferentes contextos.
S2	12 a 24 semanas	Resistência cardiorrespiratória, força muscular, equilíbrio / flexibilidade, diminuição da dor.	Combinação de exercícios multicomponente e personalização; incentivar a promoção social com atividades em grupo; planeamento a longo prazo.
S3	1 ano, prática diária	Equilíbrio, marcha, força muscular.	Abordagens individualizadas, acompanhamento contínuo; exercícios

			multicomponente; complementar com estratégias educacionais de ER.
S4	12 semanas, 2 x/semana	Força preensão manual, destreza manual, flexibilidade, equilíbrio, capacidade ventilatória.	Realizar treinos multicomponente; incluir movimentos de dança no treino de mobilidade.
S5	8 semanas, 3x/semana	Força preensão manual, força muscular, equilíbrio, levantar e sentar.	Os profissionais de saúde podem administrar programas de exercícios com benefícios.
E1	12 semanas, 2 x/semana	Força muscular, flexibilidade, equilíbrio, velocidade de marcha, força de preensão manual, diminuição da sensação subjetiva do esforço.	Abordagens individualizadas, em domicílio ; importância de perceber as barreiras e como motivar.
E2	27 semanas, 2 x/semana	Velocidade de marcha, equilíbrio, preensão manual, capacidade ventilatória.	Aplicar intervenções progressivas e multicomponentes; não levar os participantes à exaustão ou fadiga, porque diminui a motivação.
E3	12 semanas, 1x/ semana	Melhoria da vitalidade e motivação.	Integrar visitas domiciliárias de enfermagem, como forma de promoção da literacia em saúde.

Fonte – Elaboração Própria

Figura 3 - Preponderância das componentes avaliadas nos estudos



Fonte – Elaboração Própria

A componente mais avaliada foi o equilíbrio, em 9 dos 10 estudos, seguido da marcha e da força muscular em 6 dos 10 estudos e em quarto a componente mais analisada foi a funcionalidade/ realização das AVDs em 5 dos 10 estudos.

5.5 DISCUSSÃO

Os resultados obtidos nesta pesquisa, confirmam de forma geral a importância da mobilidade no envelhecimento e na manutenção da capacidade física da população idosa.

Todos os programas selecionados, independentemente do contexto ou método de intervenção, associaram a intervenção à pessoa idosa, com a integração de exercício físico e mobilidade. Dos artigos selecionados, cinco foram realizados em contexto institucional e os outros cinco em contexto domiciliário.

Apesar de alguns terem sido desenvolvidos em contexto institucional, os recursos utilizados foram de forma geral simples e de fácil replicação no contexto de ER que vivemos na atualmente em Portugal.

Nos 10 artigos analisados, foram identificados os seguintes objetivos gerais: a prevenção de quedas; melhoria da marcha; melhoria do equilíbrio; melhoria da força muscular; melhoria da funcionalidade; melhoria da capacitação no desempenho das AVDs e autonomia das tarefas; melhoria e prevenção da fragilidade; melhoria da qualidade de vida. Todas estas temáticas resultam de uma combinação de competências a desenvolver, que passam pelo aumento da atividade e mobilidade física nos idosos, uma vez que são conceitos que se tornam interdependentes.

Na temática da prevenção de quedas abordada essencialmente nos artigos P1 (Mejía & López, 2024), S1 (Mujawar et al., 2023), S3 (Zhang & Zhong, 2025), S5 (Genç & Bilgili, 2023), E1 (Faria et al., 2023), é particularmente relevante na população idosa, porque as quedas são frequentemente causadoras de fraturas ósseas, implicando internamentos hospitalares e morbilidades, com impacto negativo na independência funcional destas pessoas (Mujawar et al., 2023). As quedas são vistas como uma das principais problemáticas de saúde da população idosa (Mujawar et al., 2023), o medo de cair, inibe muitas vezes os idosos de realizarem as suas rotinas e AVDs normais, tornam-se mais sedentários e diminuem a sua mobilidade, aumentando ainda mais o risco de queda, com o descondicionamento físico. Segundo Faria et al. (2023) a mobilidade mesmo que com exercícios simples, melhora a funcionalidade, torna os idosos fisicamente mais ativos, o que leva a diminuir o medo de queda, o que também otimiza as suas interações sociais.

Vários estudos associam positivamente a atividade física à diminuição do número de quedas (Faria et al., 2023; Jofré-Saldía et al., 2023; Mujawar et al., 2023), todas as componentes físicas descritas inicialmente são relevantes e podem influenciar a capacidade do idoso de prevenir e diminuir o número de quedas. As quedas na pessoa idosa, relacionam-se com o equilíbrio, força dos membros inferiores e capacidade funcional (Mujawar et al., 2023). Deste modo, programas com ênfase no equilíbrio, treino funcional (Zhang & Zhong, 2025), assim como a velocidade de marcha (Jofré-Saldía et al., 2023) reduzem o risco de quedas. A redução de quedas promove uma melhoria da qualidade de vida do idoso (Faria et al., 2023; Zhang & Zhong, 2025).

A qualidade de vida é também refletida nos objetivos dos estudos de Elsamahy & Ebied (2024); Jofré-Saldía et al. (2023); Yang et al. (2025) que visam identificar como se pode melhorar a qualidade de vida através do incremento da mobilidade, em diferentes contextos da população idosa. No estudo de Yang et al. (2025) o objetivo principal é identificar qual a modalidade de exercício que mais benefícios traz para a qualidade de vida e no estudo de Jofré-Saldía et al. (2023) o objetivo é relacionar o treino progressivo à qualidade de vida e à capacidade funcional. Nos três artigos o treino de mobilidade incluiu treino de marcha, equilíbrio e força muscular.

O artigo P2 (Elsamahy & Ebied, 2024) os autores avaliaram através de um questionário, a qualidade de vida em doentes com Parkinson, submetidos a uma intervenção de enfermagem de apenas 7 dias, com aplicação dos conhecimentos em domicílio pelo período de 3 meses, sobre gestão da doença e com exercícios práticos de força, equilíbrio, treino de marcha e alongamentos. Avaliaram-se resultados positivos na qualidade de vida, que devido ao curto tempo de intervenção se associaram essencialmente aos ensinamentos de enfermagem relativo à gestão da doença crónica neuro degenerativa.

No estudo S2 (Yang et al., 2025) usou-se a escala de saúde SF-36, esta escala avalia 8 dimensões físicas e psicológicas, e neste estudo em específico, no conjunto das 3 modalidades avaliadas, existiu melhorias praticamente em todos os domínios avaliados, o grupo que realizou exercício aeróbio teve melhorias da componente física, mental, desempenho físico, desempenho emocional; o grupo que realizou o treino resistido apresentou melhorias no funcionamento físico, funcionamento social e na saúde mental e o grupo que praticou a modalidade tradicional obteve melhoria na componente física, mental, função física), função respiratória, dor corporal e vitalidade, ou seja, com a aplicação deste programa obtiveram-se resultados bastante positivos na qualidade de vida.

No estudo de Jofré-Saldía et al. (2023), utilizou-se a mesma escala SF-36 e ao longo de 27 semanas com exercícios de treino de resistência, cardiovascular e aeróbio existiu uma mudança significativa na qualidade de vida após a intervenção.

Assim pode concluir-se que a qualidade de vida, passa por um estilo de vida mais ativo, físico e socialmente, sendo a mobilidade um grande incentivador de ambos.

O equilíbrio foi uma habilidade treinada e desenvolvida em 9 dos 10 artigos analisados, foram utilizadas as escalas de avaliação de Berg e Tinetti e em todos estes foram conseguidos melhores resultados de equilíbrio nas avaliações finais, isto significa, que esta habilidade pode e deve ser trabalhada em diferentes contextos.

A preocupação comum sobre o equilíbrio é relevante na perspetiva de que um equilíbrio diminuído desencadeia uma marcha instável (Mujawar et al., 2023), que contribui para a existência de fragilidade (Faria et al., 2023).

O equilíbrio é uma habilidade que pode ser melhorada com diferentes tipos de estímulos físicos, pelo que se reconhece o treino multicomponente uma mais valia para o ganho do mesmo (Genç & Bilgili, 2023).

Segundo Mujawar et al. (2023) a força muscular e amplitude de movimentos são dois componentes essenciais para a marcha e equilíbrio.

A força muscular está também associada a um melhor desempenho físico na escala de qualidade de vida e ainda com melhoria da saúde mental (Yang et al., 2025).

A força dos membros inferiores é o que permite a realização do levantar e sentar ou caminhar, pelo que a sua diminuição pode ter inúmeras implicações na funcionalidade e independência, geralmente associadas ao desenvolvimento de processos de sarcopenia, e desencadear o início de um processo de fragilidade (Mujawar et al., 2023; Zhang & Zhong, 2025).

Os exercícios de força muscular e resistência dos membros inferiores, melhoram o equilíbrio e reduzem as quedas em idosos, mobilidade simples como o programa de Otago, contribui para melhoria da mobilidade dos membros inferiores, dos joelhos e da bacia, facilitando a realização de caminhadas e exercícios de levantar e sentar (Mejía & López, 2024).

O estudo de Genç & Bilgili (2023) estabelece uma relação importante entre a mobilidade e a funcionalidade, avaliando a mobilidade funcional através do teste *time up and go* e o teste de marcha dos 6 minutos.

A capacidade de andar pode ser assim considerada a base da mobilidade, em praticamente todos os artigos existe uma relação entre a marcha como indicador de funcionalidade e autonomia (Elsamahy & Ebied, 2024; Faria et al., 2023; Genç & Bilgili, 2023; Jofré-Saldía et al., 2023; Zhang & Zhong, 2025), assim como com a força dos membros inferiores, alguns autores relacionam a melhoria da marcha com sensações de empoderamento (Genç & Bilgili, 2023), o que com o acréscimo da redução de quedas, contribui bastante para a qualidade de vida (Faria et al., 2023).

A força de preensão manual é considerada um preditor de capacidade funcional (Faria et al., 2023), que pode e deve ser avaliado, quando pretendemos trabalhar a funcionalidade em idosos. Muitas vezes os idosos, quando institucionalizados, recorrem à utilização de cadeiras de rodas por facilidade de deslocação, por falta de força dos membros inferiores, por precaução do risco de quedas, entre outros motivos, no entanto a utilização destas só se torna proveitosa quando existe mobilidade dos membros superiores suficiente, para garantir a deslocação e a realização das tarefas diárias na cadeira, isto requer força muscular e mobilidade articular (Wołoszyn et al., 2021).

Nos idosos que utilizam cadeira de rodas, a implementação de exercício de mobilidade é de extrema relevância e pode ser potenciado com a inclusão de música e elementos de dança (Wołoszyn et al., 2021).

Segundo o estudo de Wołoszyn et al. (2021) a falta de realização de exercício físico, causa diminuição da capacidade funcional e da destreza manual. Neste estudo (Wołoszyn et al., 2021) a realização de exercícios de mobilidade, flexibilidade e equilíbrio contribuiu para melhoria da força de preensão e destreza manual, flexibilidade, equilíbrio, independência funcional e melhoria do fluxo expiratório. Estes autores concluíram que a conjugação dos mesmos exercícios com música e movimentos de dança, garante ainda mais vantagens ao nível de coordenação, força e especialmente da funcionalidade. Pode-se presumir que nos idosos não utilizadores de cadeira de rodas, se podem conseguir benefícios semelhantes com exercícios simples de mobilidade (Wołoszyn et al., 2021).

Estratégias como a progressão e planeamento de sessões intermitentes, para evitar a sensação de fadiga (Jofré-Saldía et al., 2023), assim como implementar programas de exercício de baixa intensidade, aliados à educação continua de enfermagem nos diferentes contextos, a utilização destas estratégias pode revelar-se útil para um melhor alcance da população (Mujawar et al., 2023). A motivação dos idosos e a adequação dos exercícios, são fundamentais, para que estes mantenham a continuidade do processo (Faria et al., 2023). As visitas domiciliárias podem ser uma estratégia pertinente para estabelecer o contacto com a população idosa (Dobarrio-Sanz et al., 2024).

5.6 CONCLUSÃO

É fundamental o incentivo de treino multicomponente, mobilizando todos os segmentos musculares através de diferentes tipos de exercícios, uma vez que todas as habilidades físicas, avaliadas nos estudos se encontram relacionadas, afetando-se mutuamente e com grande impacto na mobilidade geral.

A mobilidade é o eixo central de um envelhecimento saudável, o declínio da força muscular, assim como do equilíbrio decorrente do envelhecimento, torna complexa a prevenção de quedas. A estimulação do andar ou o treino aeróbio, são fatores determinantes na prevenção da fragilidade, na prevalência e intensidade do surgimento de novas patologias.

A mobilidade é a base da independência funcional de qualquer pessoa, sem esta, inúmeras AVDs ficam comprometidas, afetando a qualidade de vida.

Conforme demonstrado nesta revisão integrativa, independentemente das variáveis de cada intervenção (tempo, tipo de intervenção ou contexto), pode-se concluir que os ganhos sensíveis aos cuidados de reabilitação mais frequentes, foram a componente do equilíbrio, força muscular e marcha. Deste modo, pode-se assim presumir, que estas componentes, beneficiam em intervenções práticas, que resultam em melhores resultados. Com o desenvolvimento destas componentes físicas existe também uma prevenção e redução do número de quedas.

A mobilidade física simples, contribuiu ainda com inúmeros ganhos para a saúde, como referido ao longo desta revisão, tem efeitos na melhoria da funcionalidade e qualidade de vida, que se refletem na diminuição da fragilidade ou da probabilidade de se desenvolver.

Ao nível da melhoria da componente física, foram relatados resultados ao nível de diminuição da dor musculoesquelética e maior resistência cardiorrespiratória.

Os contactos frequentes com os profissionais de saúde e o tipo de intervenções realizadas, contribuíram para um aumento satisfação relativamente aos cuidados de enfermagem, promovendo uma proximidade e receptividade aos ensinamentos e cuidados de ER.

A proximidade à população, contribui para a literacia em saúde, com influência no conhecimento sobre a importância da implementação da atividade física e até na sua motivação

Destacam-se ainda benefícios psicológicos, como prevenção da depressão, redução da ansiedade, a melhoria da função cognitiva, da autoestima e interação social.

A enfermagem exerce uma influência significativa nas intervenções educacionais, associando a literacia em saúde à promoção da mobilidade nos idosos, pode-se garantir

níveis de mobilidade mais seguros e eficazes, aplicando-se programas de exercício ou mobilidade com ganhos em saúde.

6. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Neste capítulo pretende-se expor a forma como foi realizada a intervenção no âmbito da formação enquanto EEER, no decorrer dos estágios, assim como os resultados obtidos, os ganhos dessa intervenção e possíveis conclusões, ao trabalhar com a população acima dos 65 anos, com alterações da mobilidade e morbilidades associadas.

6.1 METODOLOGIA

O presente projeto foi desenvolvido com base numa metodologia de natureza qualitativa, sobe uma perspetiva descritiva, baseada numa metodologia de estudo de casos múltiplos.

A opção pelo estudo qualitativo, deveu-se à forma como se desenvolve, o estudo centra-se na experiência humana, numa perspetiva holística, permitindo a permanência da pessoa no seu meio habitual, e na sua rotina normal, fazendo uso do tempo e recursos habituais (Dias & Gama, 2019).

Aceita-se a complexidade e subjetividade das experiências, em cada um dos casos estudados analisados e através da compreensão da experiência humana e da relação dinâmica entre a amostra em estudo e o investigador, interpretam-se os significados, que as pessoas atribuem aos fenómenos, como é no caso do processo de saúde doença (Vilelas, 2022).

Esta abordagem possibilita a compreensão da influência dos determinantes sociais de saúde na recuperação da mesma, bem como as reações de determinado grupo populacional, ao lidar com a doença, ou no âmbito da ER como encaram os tratamentos e o processo de recuperação (Dias & Gama, 2019).

Caracteriza-se pela sua abordagem flexível, em que pode haver alguma influência nos resultados pelos determinantes sociais e de saúde, assim a sua análise pode ser efetuada de um modo narrativo (Fortin, 2009).

Estes foram fatores influenciadores, pois na aplicação de um projeto de ER há uma necessidade frequente de adaptação das intervenções e variáveis às necessidades da pessoa. Esse ajuste, torna-se mais significativo, com a obtenção de resultados quantitativos.

Os estudos de casos múltiplos estudam o impacto de variáveis num fenómeno específico, e a amostra tem algumas particularidades, a sua seleção deve ser relevante para as questões da pesquisa, deve avaliar-se a sua viabilidade, se o acesso aos dados é possível, tendo em conta questões temporais ou outras (Vilelas, 2022). O estudo de casos múltiplos é útil para a compreensão de um determinado fenómeno, ou testar a veracidade de teorias de outro tipo de investigação, as conclusões finais deverão ser claras e acrescentar novas

informações à descrição do objeto de estudo. Permite o estudo de um fenómeno complexo, populações vulneráveis que requeiram adaptações, entregando uma abordagem holística (Fortin, 2009).

6.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população é definida como um conjunto de indivíduos com características comuns e que geralmente se encontram no mesmo meio, ou grupo (Fortin, 2009). A amostra é uma seleção de parte dessa população que a represente, de forma a simplificar os dados que queremos explorar (Vilelas, 2022).

O primeiro passo da recolha de dados, deve ser definir qual é a população em estudo e definir a amostra, assim como os critérios de inclusão e exclusão a serem utilizados, ou seja, características que se considerem determinantes para participar ou não no estudo (Vilelas, 2022).

Neste estudo definiu-se uma amostra do tipo não probabilística, acidental ou de conveniência. Esta amostra foi obtida de forma acidental, ou seja, sem um plano definido. Foi selecionada entre os sujeitos que se encontravam a receber cuidados nos serviços onde foram desenvolvidos os estágios, com disponibilidade para receber cuidados do EEER e que cumprissem com os critérios de inclusão para integrar o estudo (Vilelas, 2022). Este tipo de amostra foi a possível e adequada no momento, para o desenvolvimento do estágio, no entanto não permite criar generalizações, pois não oferece garantias de representatividade da população.

Na elaboração deste relatório os critérios de inclusão utilizados para a seleção da amostra foram: pessoas com 65 ou mais anos; pessoas que apresentem alguma forma de alteração da mobilidade; apresentem uma Escala de Coma de Glasgow igual ou superior a 14; pessoas que tenham sido submetidas a intervenções no âmbito da ER em pelo menos 3 momentos. Os critérios de exclusão foram: instabilidade hemodinâmica; indicação médica para repouso total.

Assim foram selecionados para a constituição da amostra 6 participantes ao longo dos estágios clínicos, um doente do foro cardiorrespiratório, um doente do foro ortotraumático e quatro doentes do foro neurológico, sendo que são aplicadas intervenções de EEER, ajustadas à sua situação de saúde.

6.3 INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Os instrumentos de colheita de dados são fundamentais para medir as diferentes variáveis de um estudo e para uma adequada avaliação da pessoa em estudo. As escalas a

utilizar devem ser por isso, confiáveis, válidas, simples e intuitivas para diminuir a ocorrência de erros na sua interpretação e aplicação (Mesquita, 2023).

Para a recolha de dados e avaliação dos doentes no âmbito da ER ao longo dos estágios, foram utilizadas escalas que permitem avaliar a evolução de diferentes parâmetros relevantes ao contexto de reabilitação, as escalas aplicadas utilizadas ao longo dos estágios foram: Escala de Coma de Glasgow, para avaliação do grau de consciência, composta por três categorias principais, a abertura ocular, resposta verbal e resposta motora, sendo que quanto maior o somatório, maior o nível de consciência (Glasgow & Clyde, 2015); Índice de Barthel (OE, 2017) avalia a funcionalidade da pessoa nas diferentes atividades de vida diárias, nomeadamente a alimentação, banho, higiene pessoal, eliminação intestinal e vesical, uso do sanitário, transferências cama-cadeira, deambulação e uso de escadas; Escala de FM de Medical Research Council Muscle Scale (OE, 2017), esta escala permite quantificar o grau de FM nos diferentes segmentos, sendo que se inicia no 0 que significa não existir contração palpável ou visível e termina no 5 com movimento normal contra resistência; Escala de Borg Modificada (American College of Sports and Medicine, 2022) que avalia o esforço percecionado, Borg relacionou o esforço quantificável numericamente com a FC, anos mais tarde, para uma melhor utilização da escala, modificou-a, para *Borg Category scale ratio 10* esta escala inicia em 0 que significa nenhum esforço, 1-2 muito leve, 3-4 leve, 5-6 moderado, 7-8 vigoroso, 9-10 esforço máximo/ muito muito forte; Teste de Tinetti (Apóstolo, 2012) que permite a avaliação do risco de queda em idosos, através de uma avaliação composta por duas fases, o equilíbrio sentado e dinâmico durante a marcha, esta escala permite uma avaliação inicial da pessoa que ainda não iniciou levantar e permite uma perceção previa das dificuldades que poderão surgir ao iniciar um treino de equilíbrio mais complexo; Escala de Ashworth Modificada (OE, 2017) para avaliação do tônus espasticidade muscular, através da mobilização passiva dos membros, avalia-se a resistência efetuada ao movimento, esta escala particularmente relevante no contexto neurológico, avalia a resistência do movimento numa escala numérica de 0 até 4, sendo que 0 significa falta completa de tônus muscular e 4 significa espasticidade presente e muito marcada, sendo impossível mobilizar o membro; Escala de *National Institute of Health Stroke Scale [NIHSS]* (Zhuo et al., 2021), que avalia de forma quantitativa a gravidade do défice cognitivo após a ocorrência do AVC, através de uma avaliação composta por 11 itens, nível de consciência, desvio ocular, função motora e sensitiva dos membros e ataxia.

A aplicação das últimas duas escalas, foi necessária no contexto de estágio da UAVC, para a avaliação completa da pessoa com AVC, motivo pelo qual são aqui referidas.

6.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O enfermeiro rege a sua prática por regulamentos jurídicos como o Código Deontológico, ou o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), que definem os princípios, direitos e deveres pelos quais os enfermeiros se devem regular, seja em prestação de cuidados gerais, enquanto enfermeiros especialistas, ou na prática de investigação científica.

Quando se realiza uma investigação sobre um grupo de pessoas, existem princípios pelos quais devemos pautar a nossa intervenção e enquanto enfermeiros temos o dever de salvaguardar os mais vulneráveis fazendo respeitar os direitos humanos. Segundo o *International Council of Nurses*, citado em Nunes (2020), na investigação de enfermagem existem seis domínios éticos que guiam a investigação, são eles: o princípio da beneficência, a avaliação da não maleficência, a fidelidade com o participante, princípio de justiça e equidade, a veracidade e a confidencialidade (Nunes, 2020).

Em Portugal ao integrarmos a profissão de enfermagem, o enfermeiro aceita o dever de adotar uma conduta ética, com respeito pelos interesses e direitos legais do cidadão, como descrito no REPE, o artigo 99º, “As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (Lei n.º 8/2024, 2024).

Conforme o exposto, este projeto e o desenvolvimento dos estágios, foram conduzidos pelos princípios éticos referidos, na abordagem inicial aos doentes e participantes da investigação, de uma explicação sobre o motivo da minha presença, do meu carácter de estudante de mestrado e o propósito das intervenções do âmbito do EEER, assim como o motivo da colheita de dados. Apesar da vulnerabilidade associada ao estado de doença, as pessoas avaliadas, tinham todas capacidades cognitivas para reconhecer o que lhes era explicado e recusar a intervenção.

Os participantes foram deste modo informados sobre a natureza académica do estudo, no âmbito do mestrado em enfermagem de reabilitação e da necessidade de recolha de dados, garantindo que nunca existiria a identificação deles aos mesmos, sendo que todos os participantes aceitaram ser avaliados e participar.

Como previsto no artigo 105º “Do dever de informação”, foi esclarecida toda a abordagem, assim como ao esclarecimento de eventuais duvidas e a natureza voluntária da sua participação.

Os participantes foram também informados, de que todos os dados recolhidos, seriam trabalhados sob forma de anonimato, sem que exista qualquer identificação que ligue a

pessoa à amostra trabalhada. O enfermeiro deve sempre, considerar toda a informação obtida como confidencial, inclusivamente no decorrer de investigações científica (OE, 2015a).

Deste modo a informação recolhida foi transformada, tendo sido atribuídos códigos numéricos a cada uma das pessoas, garantindo o anonimato e confidencialidade dos dados.

À Universidade de Évora, foi submetido uma proposta do projeto a implementar, com os objetivos e a ordem de trabalhos a executar, tendo sido aceite.

Confirma-se ainda, que foram garantidos os restantes princípios do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [REPE] como o princípio geral da “defesa e dignidade humana (Lei n.º 8/2024, 2024, artigo 99º, nº 1), o princípio do respeito pelos clientes e excelência do exercício profissional (Lei n.º 8/2024, 2024, artigo 99º, nº3), o dever pela intimidade (Lei n.º 8/2024, 2024), artigo 107º) e o dever deontológico para com os valores humanos, já referido anteriormente, presente mais especificamente no artigo 102 alínea c) “Salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social e o autocuidado, com objetivo de melhorar a sua qualidade de vida” (Lei n.º 8/2024, 2024).

6.5 RESULTADOS

Neste ponto do relatório, pretendem-se apresentar os dados recolhidos durante os estágios, relativamente à amostra selecionada, à sua situação clínica, focos identificados, atividades desenvolvidas enquanto EEER, para elaboração de posterior discussão de resultados.

A avaliação diagnóstica, efetuada no contacto inicial, foi realizada com base numa entrevista não estruturada. Esta recolha de dados foi realizada de forma a respeitar os critérios de privacidade, de acordo com as condições éticas anteriormente referidas, informando os participantes e tornando todas as informações recolhidas inidentificáveis.

Os dados numéricos recolhidos foram trabalhados utilizado o programa Excel da Microsoft e analisados com base em medidas descritivas.

Participante 1 (P1)

Uma pessoa de 72 anos, do sexo feminino, previamente independente, casada que vivia com o marido, tem também uma filha que não vive na mesma cidade.

A pessoa tinha antecedentes pessoais prévios de HTA, dislipidemia, obesidade, litíase renal, hipotireoidismo, anemia ferropénica, glaucoma, diarreia crónica, negava hábitos de consumo e referia ter um estilo de vida sedentário, sem prática de atividade física programada.

Teve como diagnóstico do internamento na UAVC um AVC hemorrágico tálamo-capsular esquerdo.

As lesões do tálamo são caracterizadas pela possibilidade do aparecimento de hemiparesia, hemihipostesia, ataxia e disartria, estas alterações podem também traduzir-se por alterações da marcha e aumento do risco de queda (Murphy & Werring, 2020).

A utente encontrava-se com quadro de diarreia com meses de evolução, realizava preparação para colonoscopia, tendo deixado de tomar anti-hipertensor nos dias anteriores. Apresentou mau estar, diminuição da FM do MID e alteração da linguagem.

À data da admissão apresentava-se com uma avaliação de GCS 13/15, com discurso inapropriado, afasia mista marcada, afasia motora e de compreensão, (afasia de wernicke e broca) e anomia.

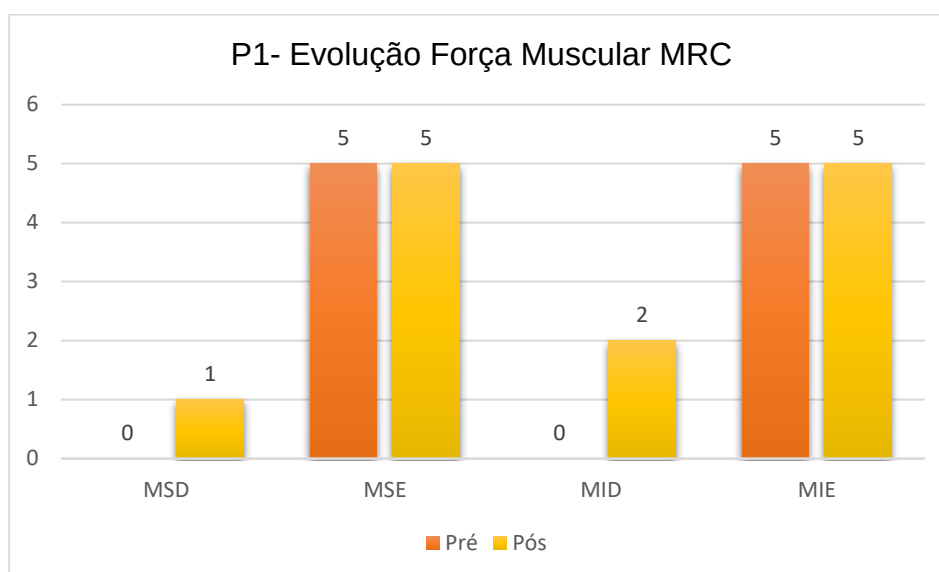
Na avaliação e início da intervenção (2 dias após a admissão), que decorreu ao longo de três turnos, a utente apresentava um GCS 15/15, com períodos esporádicos de desorientação espacial, que foram sendo cada vez menos frequentes no decorrer do internamento, muito colaborante e interessada nas intervenções de ER. O seu discurso apresentava parafasias e anomias, com **comunicação comprometida** (OE, 2015b), aparente abulia.

A gravidade do AVC foi avaliada diariamente com a escala NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale), tendo na avaliação inicial obtido um resultado de 13 pontos e no final de 5 pontos, revelando uma grande melhoria ao longo do internamento.

Apresentava desvio da cabeça e olhar para a esquerda, com **paresia facial** (OE, 2015b) central com apagamento do sulco nasogeniano direito. Realizados exercícios de reeducação dos músculos da face através de mimica facial ao longo do internamento.

Manteve hemiparesia e hemihipostesia do hemicorpo direito. Para a avaliação da FM foi utilizada a escala Força de *Medical Research Council*, cujos resultados são apresentados na figura 4, sendo concluído o diagnóstico de **movimento corporal comprometido (membro superior e inferior), potencial para melhorar a consciencialização e conhecimento sobre exercícios musculares e articulares e défice sensorial presente** (OE, 2015b).

Figura 4 - Evolução de P1 na avaliação da FM pela Escala de Força MRC



Fonte- Elaboração Própria

Foi realizada reeducação funcional e motora com os objetivos de recuperação da forma muscular e capacidade funcional, foram realizadas as seguintes intervenções: mobilizações passivas de todos os segmentos musculares do hemicorpo direito.

Otimizado frequentemente o posicionamento e explicação da sua importância para prevenção de espasticidade.

Após a aplicação do programa de ER estabelecido para a participante P1, verificou-se que a utente manteve a força máxima no hemicorpo esquerdo. Existiu uma melhoria da FM no hemicorpo direito, lado afetado, tendo tido uma melhoria mais significativa no MID.

Foi também realizada estimulação sensorial através de dispositivos com diferentes texturas, que reconhece e descreve, no entanto, a referir diminuição da sensibilidade à direita.

Foi aplicada a escala de Ashworth Modificada, não tendo sido identificada espasticidade, no entanto com o risco de desenvolver. Foram explicados os posicionamentos antiespásticos e a importância de manter uma postura correta. Ficou com o foco de espasticidade identificado, com o diagnóstico de **Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre o posicionamento em padrão antiespástico e a prevenção de espasticidade** (OE, 2015b).

Na avaliação hemodinâmica a participante teve sempre estabilidade o que permitiu a intervenção do EEER sem obstáculos, os valores de tensão arterial na ordem dos 126/76mmHg e FC de 92bpm.

Padrão respiratório predominantemente torácico, de amplitude superficial e simétrico, com aporte de O₂ por ON a 2l/min com SpO₂ na ordem dos 98%, realizada tentativa de desmame de O₂ e em AA com SpO₂ de 94%.

Foi realizada reeducação funcional e respiratória, otimizado o posicionamento em posição de descanso e relaxamento, realizada consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios. Com o objetivo de prevenir e corrigir defeitos ventilatório para melhorar a distribuição e a ventilação alveolar: expiração com os lábios semi cerrados; respiração diafragmática

Ao longo das intervenções foi aplicada frequentemente a avaliação de Escala de Borg modificada, para a avaliação subjetiva do esforço, ao que a participante referiu sempre sentir um cansaço de 2/3 associado a uma atividade leve, como era o objetivo para as sessões.

Relativamente ao equilíbrio, não foi possível avaliar corretamente, pela necessidade de manter o repouso no leito, no entanto era perceptível pouco equilíbrio do tronco, sendo que escorregava e deslizava para o lado direito, pelo que foi aplicada parte possível da escala de avaliação do equilíbrio por o Teste de Tinetti com um resultado de apenas com 2 pontos, tanto na avaliação inicial, como na final, revelando um alto risco de queda e um diagnóstico de **Equilíbrio corporal comprometido**.

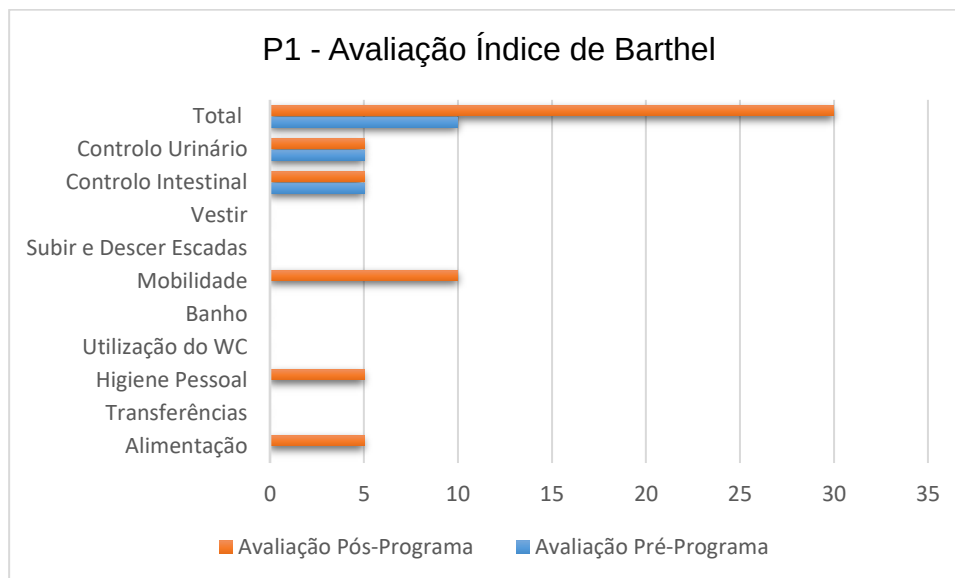
Os autocuidados encontravam-se quase todos comprometidos.

Na alimentação, foi avaliada a deglutição, através da escala de disfagia de GUSS, com um valor de 6/20, que apresentava disfagia, tendo tolerado consistência mel, identificando-se **deglutição comprometida** (OE, 2015b). Inicialmente o autocuidado alimentar-se encontrava-se comprometido, com o diagnóstico identificado de **potencial para melhorar conhecimento sobre o dispositivo auxiliar para autocuidado comer e estratégias adaptativas** (OE, 2018a). Realizado treino da alimentação com material de apoio disponível no serviço e dadas estratégias para realização da alimentação com o MSE, com sucesso, a utente no final do internamento, alimentava-se sozinha, com recurso ao MSE e apenas com necessidade do material e do corte dos alimentos

Os cuidados de higiene foram realizados no leito, inicialmente totalmente dependente, nos últimos dias a utente realizava os cuidados da metade superior do corpo com a mão esquerda, necessitando ajuda de uma pessoa para lavar e secar metade inferior e posterior do corpo. No vestir e despir, utente ainda bastante dependente, com necessidade quase total no vestir e despir. Foi capaz de realizar pequenos ajustes da roupa com o MSE, identificando-se assim os diagnósticos de **Potencial para melhorar autocuidado: a capacidade para tomar banho/ Vestuário/ Arranjar-se, presente**.

Relativamente às AVDs de eliminação, a utente referia ter perceção na necessidade de urinar e evacuar, no entanto, referia dificuldade no controlo, acabando por eliminar na fralda, algo que surgiu com este internamento.

Figura 5 - Evolução da Avaliação Índice de Barthel de P1



Fonte- Elaboração Própria

A utente encontrava-se inicialmente dependente total em praticamente todas as AVDs, uma vez que era destra e não conseguia cumprir com as suas tarefas, foi avaliada com o Índice de Barthel tendo obtido um resultado de 5 pontos, sendo que ao dia da alta, após os ensinamentos e intervenções de ER terá resultado numa pontuação de 30 pontos, com um grau de dependência severa.

Realizado treino de AVDs na higiene com necessidade de apoio no hemisfério esquerdo.

Realizado treino de motricidade fina e preensão manual através de exercícios como abotoar botões e abrir e fechar fechos.

Participante 2 (P2)

Uma pessoa de 66 anos, do sexo masculino, previamente independente nas AVDs, trabalha como construtor civil, é casado e vive com a esposa, tem 3 filhos adultos.

O participante tinha antecedentes pessoais prévios de doença osteoarticular, nega hábitos de consumo marcados, refere a ingestão de bebidas alcoólicas em contexto social, referia que para além da atividade profissional ativa, tem um estilo de vida sedentário, sem prática de atividade física programada.

Teve como diagnóstico do internamento na UAVC um AVC hemorrágico na região tálamo-capsular esquerda.

O utente encontrava-se no seu estado de saúde habitual até ao dia do internamento, em que sentiu uma alteração na articulação das palavras, na mimica facial e alteração do hemicorpo à direita, tendo recorrido ao SU, onde foi ativada a via verde AVC. No SU, vígil e orientado em GCS 15/15, apresenta desvio da cabeça para a esquerda, com paresia facial central com apagamento do sulco à direita. Apresentava disartria com lentificação.

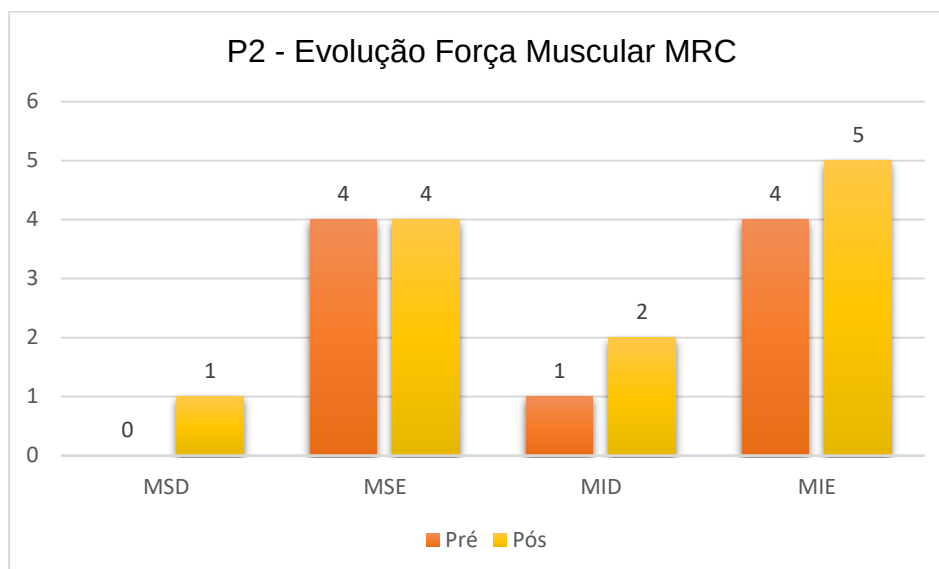
A intervenção de ER e respetiva avaliação teve início um dia após a admissão do utente no serviço e decorreu ao longo de três turnos.

O utente apresentava um GCS 15/15 com alguns períodos de confusão no período da noite, no discurso apresentava disartria moderada, com lentificação, anomia, tendo o diagnóstico de **comunicação comprometida** (OE, 2015b).

Relativamente ao exame físico, apresentava pupilas issoreativas, anisocóricas, pupila direita tamanho 4 pupila esquerda tamanho 3. Apresenta desvio da cabeça para a esquerda, com desvio preferencial do olhar para a esquerda, com paresia facial central com apagamento do sulco à direita, foi atribuído o diagnóstico de **paresia na face e potencial para melhorar a consciencialização/ conhecimento/ capacidade para executar exercícios musculares e mobilidade da face** (Araújo et al., 2021)

Apresentava hemiparesia do hemicorpo direito com uma FM inicial no hemicorpo são de 4+ e de 5 no MIE no final do internamento e uma FM no MSD inicial de 0, no MID de 1 e no final terá terminado com FM MSD de 1 e no MID de 2, **movimento corporal comprometido (membro superior e inferior)** (Araújo et al., 2021).

Figura 6 - Evolução de P2 na avaliação da FM pela Escala de Força MRC



Fonte- Elaboração Própria

Mostrava hemihipostesia no hemicorpo direito com alteração da sensibilidade superficial, ou seja, **com défice sensorial presente** (OE, 2015b).

A avaliação da espasticidade ao segundo dia era de grau 2, na maior parte do movimento, mas com facilidade na mobilização, pelo que foram realizados exercícios no leito. Foram identificados os diagnósticos de **Espasticidade em grau moderado e Potencial para melhorar a consciencialização e conhecimento sobre exercícios musculares e articulares**.

Na avaliação diária da escala NIHSS obteve uma avaliação inicial de 8 pontos e a final foi de 10 pontos, esta regressão deve-se ao facto de por vezes existirem sequelas que se evidenciam e instalam mais tarde (Zhuo et al., 2021), como o desenvolvimento de espasticidade, ou alterações da fala, que foi o caso do P2, que evidenciou maior disartria no decorrer do internamento, identificando-se o diagnóstico de **comunicação comprometida** (OE, 2015b).

A avaliação hemodinâmica foi estável ao longo do internamento com valores na ordem de tensão arterial de 127/80mmHg, FC 73. Apresenta padrão respiratório predominantemente misto, de amplitude normal e simétrico. Encontra-se em AA com FR de 21ciclos/min e SpO2na ordem dos 97%, sem sinais de dificuldade respiratória.

Realizada reeducação funcional e respiratória, otimizado o posicionamento em posição de descanso e relaxamento, realizada consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios. Com o objetivo de prevenir e corrigir defeitos ventilatório para melhorar a

distribuição e a ventilação alveolar: respiração com os lábios semi cerrados; respiração diafragmática.

Na escala de avaliação de Borg modificada, o utente referia um cansaço de 3.

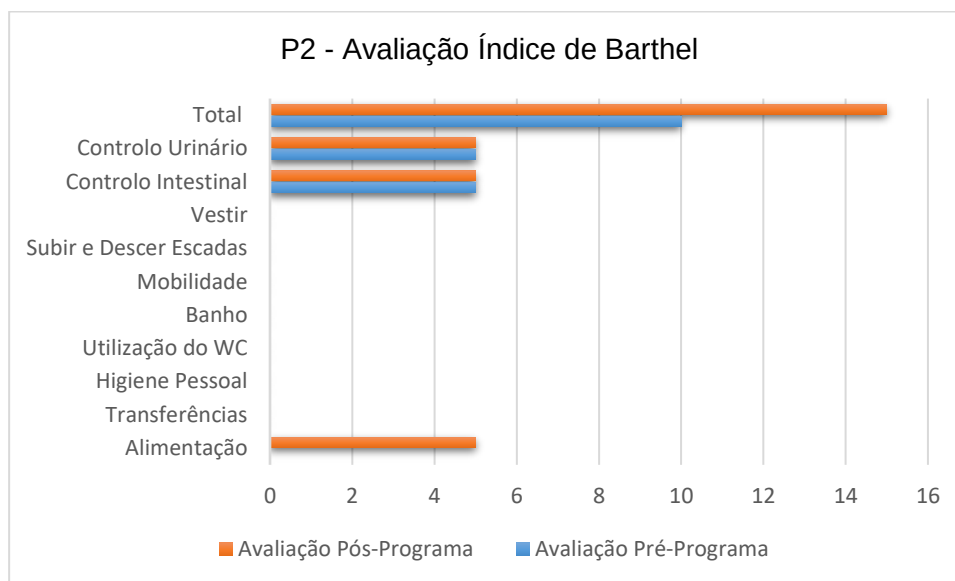
Relativamente ao equilíbrio, à semelhança da participante anterior, este utente não tinha indicação para levantar, pelo que a escala não foi possível de aplicar na totalidade, no entanto apresentava desequilíbrio para a direita, sendo atribuída a mesma pontuação que a participante anterior, 2 pontos e atribuído o mesmo diagnóstico de **Equilíbrio corporal comprometido**.

A maioria dos autocuidados apresentavam-se comprometidos.

Com a pontuação média nos itens do controlo intestinal e da bexiga, o resultado do Índice de Barthel de P2 foi de 10 na primeira avaliação e 15 na avaliação final, devido ao ganho de autonomia que existiu na alimentação. Nesta AVD nos primeiros dias sem conseguir alimentar-se autonomamente, pelo que tinha poio total na alimentação, os últimos dois dias a alimentação foi realizada com a mão esquerda, necessitando de apoio apenas para que lhe levassem os alimentos. Foi avaliada a deglutição através da escala de avaliação de GUSS com resultado de 4 pontos, pelo que foi pedida dieta com consistência pudim ao longo do internamento. Utente também cumpriu hidratação com água gelificada. Realizada nova avaliação da deglutição ao 3º dia, tendo tido o mesmo resultado, avaliando P2 com **Autocuidado Comer, dependente em grau moderado e Deglutição comprometida** (OE, 2015b)

P2 evidenciava problemas ao nível da autonomia geral, sendo incapaz da realização da higiene, vestir e despir ou arranjar-se. O utente apresentava-se pouco motivado, tendo sido uma das intervenções, o incentivo da realização das AVDs.

Figura 7 - Evolução da Avaliação Índice de Barthel de P2



Fonte- Elaboração Própria

Deste modo os focos e diagnósticos identificados neste caso foram **Potencial para melhorar a capacidade de tomar banho/ Vestuário / Arranjar-se presente** (Araújo et al., 2021) e **Autocontrolo de continência urinaria e intestinal ineficaz**.

Participante 3 (P3)

O participante P3, era um homem de 77 anos, previamente independente nas AVDs, reformado da profissão de bancário. Vivia com a esposa numa quinta e tinha dois filhos adultos.

Tinha como antecedentes pessoais hipertensão arterial, dislipidemia, excesso de peso, diabetes mellitus tipo 2, miocardiopatia, adenocarcinoma da próstata, FA paroxística. Referiu que durante a vida adulta praticou atividade física com alguma frequência, no entanto nos últimos anos apenas fazia caminhadas. Ao longo do internamento referiu a grande dependência do tabaco.

Foi admitido na UAVC com o diagnóstico de AVC isquémico no território de ramos perfurantes oriundos da artéria basilar à direita.

O participante refere que se encontrava no estado de saúde habitual até à altura em que inicia quadro de dificuldade na articulação das palavras, diminuição da FM no hemicorpo esquerdo e parestesias ao nível da face.

A recolha de dados e avaliação iniciou-se no momento da admissão e decorreu ao longo de seis turnos.

Relativamente à gravidade do AVC, de acordo com a escala de NIHSS, P3 inicialmente apresentava uma gravidade de 8 pontos e no final de 6, considerando-se uma gravidade moderada (Zhuo et al., 2021).

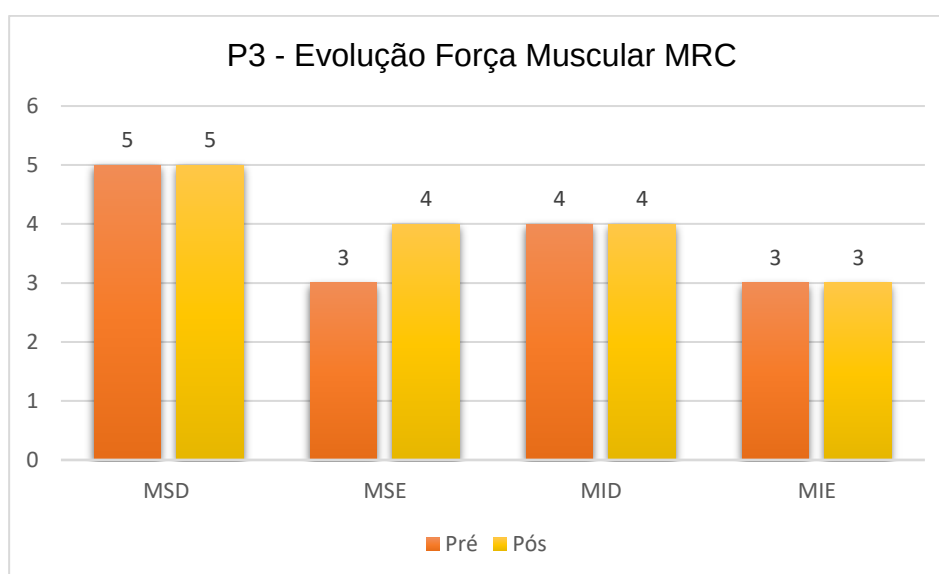
À entrada o P3 apresentava um GCS 15/15, calmo consciente e orientado. Com pupilas isocóricas, isoreativas, tamanho 4, com nistagmo no olhar extremo para a esquerda e com quadrantanopsia superior temporal do olho esquerdo. Apresentava dismetria dedo nariz à esquerda.

Apresentava disfonia e disartria perceptível.

Desenvolveu paresia facial central com apagamento do sulco nasogeniano à esquerda, ficando com o diagnóstico de **paresia na face e potencial para melhorar a consciencialização/ conhecimento/ capacidade para executar exercícios musculares e mobilidade da face** (Araújo et al., 2021).

Apresentava **movimento corporal comprometido** (Araújo et al., 2021), no hemicorpo à esquerda, hemiparesia, com FM grau 3 em todo o hemicorpo esquerdo, no hemicorpo direito com ligeira diminuição da FM do MI, que referiu ter sido causada a um acidente que tinha sofrido há uns meses, no final do internamento houve um ganho de FM no MSE para 4+, algo não possível de contabilizar mas com grande importância, foi a melhoria da motricidade fina ao longo do internamento, algo que foi muito trabalhado ao longo dos turnos.

Figura 8 - Evolução de P3 na avaliação da FM pela Escala de Força MRC



Fonte- Elaboração Própria

Apresentava também hemihipostesia do hemicorpo esquerdo com face, tendo sido realizado treino de sensibilidade.

O equilíbrio foi avaliado pelo Teste de Tinetti tendo obtido uma avaliação inicial de 4 pontos, **equilíbrio corporal comprometido**, tanto estático como dinâmico e com elevado risco de queda. Ao longo do internamento o equilíbrio foi trabalhado em todas as sessões de ER, sendo que existiram ganhos significativos para a independência do participante, evoluindo o valor obtido para 15 pontos, ainda com elevado risco de queda, mas com maior consciência do risco, com a utilização do auxiliar de marcha (bengala, que usava anteriormente) e ganho de autonomia na deslocação.

Ao nível das transferências, foi aberto o diagnóstico de **potencial para melhorar a capacidade de transferir-se** (Araújo et al., 2021), o participante necessitava de apoio moderado na fase inicial, consegui realizar carga no cotovelo, mas com alguma falta de força muscular e equilíbrio. Na transferência para a cadeira/cadeirão, nos primeiros dias com desequilíbrio, pelo que realizada com ajuda de uma pessoa. Nos dias antes da alta a realizar de forma independente o levante com apoio da sua bengala.

Foi identificado o **potencial para melhorar a capacidade para andar** tendo-se realizado o treino de andar ao longo do internamento, com e sem apoio de enfermeiro e com o auxiliar de marcha que utilizava anteriormente.

Ao longo do internamento foi também discutido e pensada a acessibilidade da sua habitação no momento para a preparação do momento da alta, sendo que o principal problema identificado foram os WC, com banheira, foram dadas sugestões de adaptação e produtos de apoio, sendo que o P3 preferiu a remodelação dos mesmos que iniciou ainda durante o internamento.

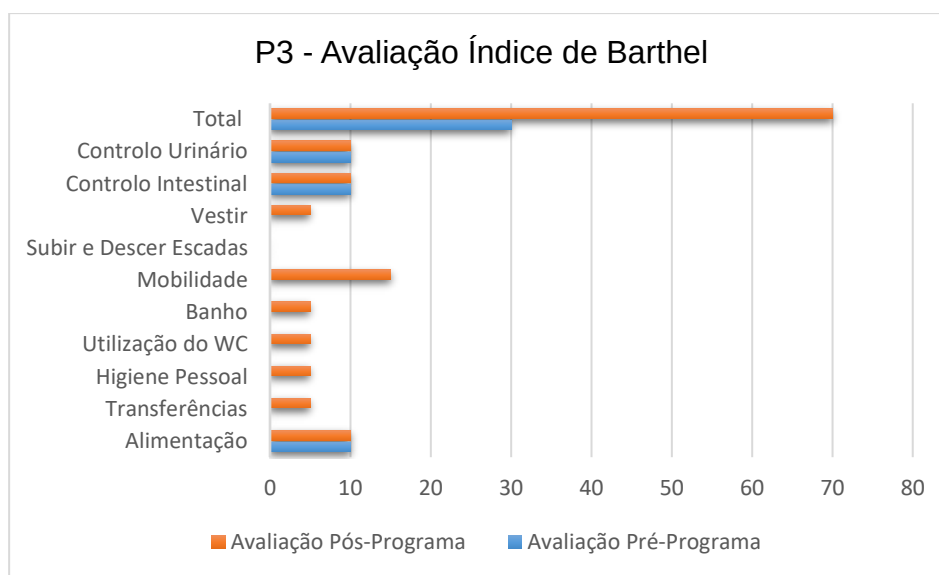
Hemodinamicamente P3 manteve um padrão de hipertensão ao longo do internamento, controlado com terapêutica e sempre que atingia valores de normotensão, o participante mostrava-se lentificado, referia desconforto e náusea, pelo que se preferiram manter valores tendencialmente mais elevados, com tensões arteriais sistólicas na ordem dos 150mmHg e diastólicas na ordem dos 60mmHg e FC na ordem dos 58bpm.

A nível respiratório manteve-se sempre estável sem suporte de oxigénio, com FR de 17ciclos/min e SpO2 na ordem dos 96%, sem sinais de dificuldade respiratória. Realizada reeducação funcional e respiratória, otimizado o posicionamento em posição de descanso e relaxamento, realizada consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios. Com o objetivo de prevenir e corrigir defeitos ventilatório para melhorar a distribuição e a ventilação alveolar: respiração com os lábios semi cerrados; respiração diafragmática.

Na avaliação do esforço pela escala de Borg, o utente referia sempre realizar um grande esforço pelo que se avaliava com 7 valores, um esforço moderado a intenso, sendo atribuído o diagnóstico de **intolerância à atividade e movimento corporal comprometido** (OE, 2015b).

Na avaliação do Índice de Barthel, inicialmente o utente teve uma pontuação de 30, de dependência moderada nas AVDs para uma pontuação final de 70 uma dependência leve. Através da figura X é possível analisar que o ganho mais evidente se deu ao nível de ganho de mobilidade.

Figura 9- Evolução da Avaliação Índice de Barthel de P3



Fonte- Elaboração Própria

Ao nível da alimentação, o participante alimentava-se autonomamente, na admissão com indicação para dieta com consistência pastosa, terá tido episódio de tosse ao ingerir água no SU, avaliado o GUSS com resultado de 5 valores, **Deglutição comprometida** (Enfermeiros, 2015). Ao dia da alta realizada nova avaliação, com GUSS de 13 valores, tolerando consistência néctar. Utente cumpriu hidratação com água gelificada ao longo do internamento.

Nas questões relativas à higiene e autocuidado, inicialmente com alguma lentificação e dificuldade no uso dos produtos de higiene, foram dadas algumas estratégias, ganhando alguma autonomia, realizando a higiene praticamente de forma autónoma. Com dependência em grau moderado no vestir e despir, sem força e coordenação no braço esquerdo para executar as tarefas. No controlo da eliminação não existiram alterações e na utilização do WC, foi tornando-se gradualmente mais autónomo, sendo que há data da alta se encontrava

autónomo. Deste modo os focos e diagnósticos identificados neste caso foram **Potencial para melhorar a capacidade de tomar banho/ Vestuário / Arranjar-se presente** (Araújo et al., 2021).

Participante 4 (P4)

O quarto participante, foi um homem, de 65 anos, independente nas AVDs, ainda a trabalhar na área da agricultura. É divorciado e vive sozinho. Tinha como antecedentes pessoais dislipidemia, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e enfisema pulmonar. Referiu não ter hábitos de exercício físico, e levar um estilo de vida com vários fatores de risco, como uma alimentação pouco cuidada, um consumo de álcool regular e tabagismo marcado.

O diagnóstico principal foi AVC isquémico da ACM esquerda.

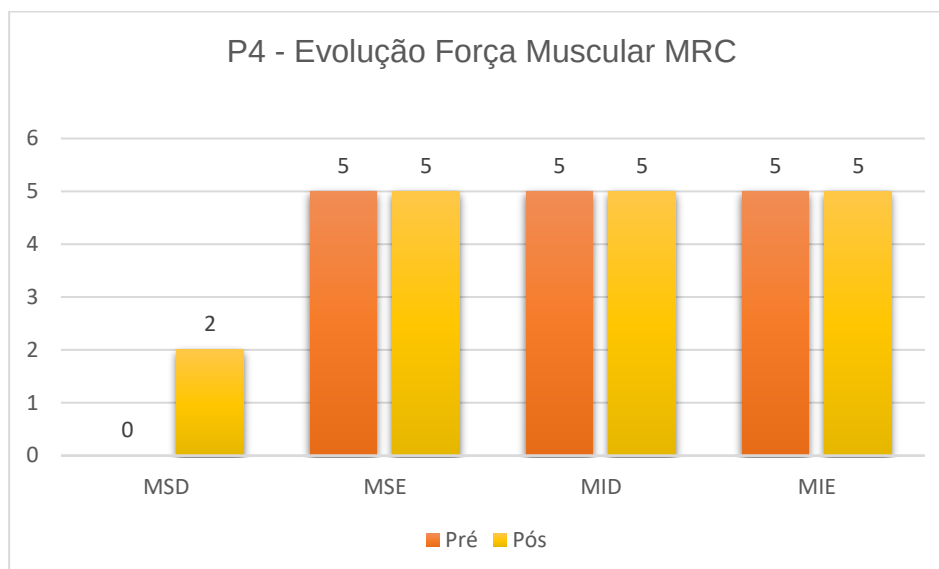
O participante iniciou o quadro sintomático aproximadamente 10 horas antes, que desvalorizou, quando recorreu ao SU apresentava hemiparesia e hipoestesia do MSD.

À data do início da colheita de dados, que decorreu durante 4 dias, o utente encontrava-se em GCS 15/15, sem alterações da face ou da fala.

Na avaliação de gravidade do AVC P3 teve uma pontuação de 7 inicialmente, que evoluiu para 3, que é considerado AVC com repercussões leves (Zhuo et al., 2021).

Inicialmente apresentava hemihipostesia do MSD, **défice sensorial presente** (OE, 2015b), tendo sido realizado o treino de sensibilidade, com materiais e diferenças térmicas e hemiparesia com uma FM grau 0, todos os outros segmentos corporais FM grau 5, ou seja, **movimento corporal comprometido** (OE, 2015b).

Figura 10 - Evolução de P3 na avaliação da FM pela Escala de Força MRC



Fonte- Elaboração Própria

Neste campo, iniciaram-se intervenções e ER com grande foco no ganho de mobilidade, através de mobilizações passivas do MS afetado.

Numa das sessões ER, foi pedido ao participante uma tarefa em que mobilizava ambos os MS em simultâneo, e sem o próprio de aperceber, concretizou contração muscular do MSD e movimento contra a gravidade. Este foi um ganho que mudou toda a dinâmica das sessões, impulsionando bastante a motivação tanto do participante como de toda a equipa.

Ao longo das sessões foi realizado um trabalho de mobilidade poliarticular, com base em exercícios funcionais e combinados. Inicialmente P4 apenas mobilizava o MS sem intenção, mas com o avançar das sessões foi capaz de realizar movimentos com intenção e alguma coordenação, como uma tentativa de aperto de mão.

Existiu um ganho de FM no final de grau 2 a nível distal e de 1 a nível proximal.

Foi também necessário um ensino dos cuidados a ter com o MSD, porque por algumas vezes o P3 ignorava o posicionamento do membro. Também não existiam sinais de espasticidade, mas foram ensinados os posicionamentos a adotar para que não se desenvolvesse, com **potencial para melhorar a consciencialização e conhecimento sobre exercícios musculares e articulares.**

Da perspetiva hemodinâmica e respiratória mantendo sempre estabilidade.

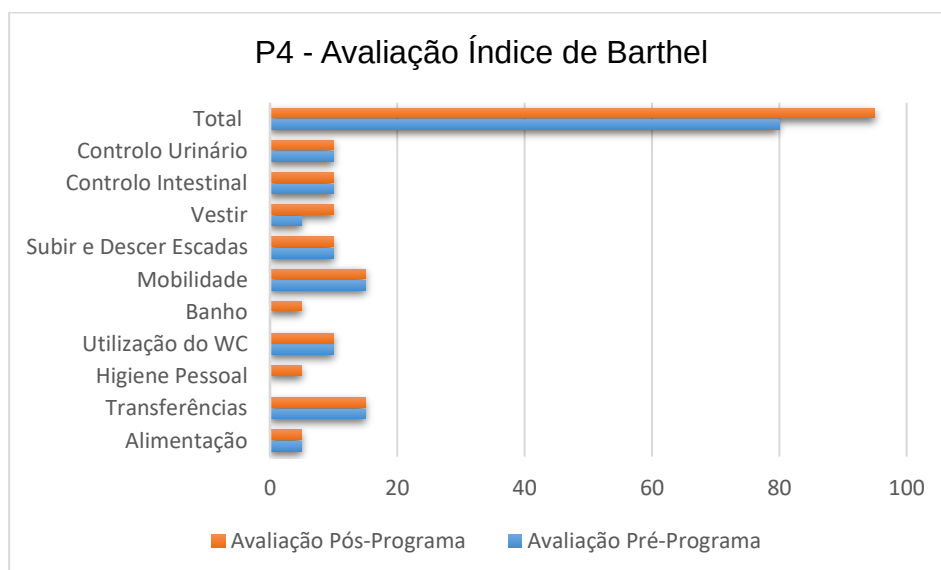
No âmbito respiratório manteve-se sempre estável sem suporte de oxigénio, com FR de 20 ciclos/min e SpO2 na ordem dos 98%, sem sinais de dificuldade respiratória, à auscultação com presença de sibilos.

Apesar do participante referir ainda não sentir sintomas da doença, foi conversado com o mesmo sobre o diagnóstico de DPOC e enfisema (diagnóstico recente e sobre o qual o participante não tinha muita informação) e explicado a evolução e a importância da cessação tabágica, foi também realizado o ensino, treino e incentivo da realização de reeducação funcional e respiratória.

Foi otimizado o posicionamento em posição de descanso e relaxamento, realizada consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios. Com o objetivo de prevenir e corrigir defeitos ventilatório para melhorar a distribuição e a ventilação alveolar: respiração com os lábios semi cerrados; respiração diafragmática; dissociação dos tempos respiratórios, expansão da grelha torácica com bastão, realização do ciclo ativo (Cordeiro & Menoita, 2012). Foi realizado o ensino relativamente à necessidade da cessação tabágica e o benefício da implementação de exercício físico regular

No âmbito das AVDs, P4 obteve uma pontuação inicial no Índice de Barthel de 80 valores e final de 95, sendo que à data da alta se encontrava independente nas AVDs, à exceção do corte de alimentos ou atividades que requeressem a utilização de ambas as mãos com mobilidade fina.

Figura 11 - Evolução da Avaliação do Índice de Barthel de P4



Fonte- Elaboração Própria

Esta evolução no sentido da independência quase total deveu-se ao esforço do participante em voltar à sua vida normal e necessidade de autonomia, sendo que vive sozinho e o único apoio que disponha era esporádico da parte da irmã.

Os ganhos ao nível da independência no banho e higiene pessoal, apesar de estatisticamente pouco significativos parecerem poucos, foram muito relevantes.

Participante 5 (P5)

A participante P5, foi uma mulher, de 65 anos, independente nas AVDs, reformada por invalidez há vários anos, no contexto da doença de miostenia gravis, trabalhava como operária fabril. Vive com o marido e a filha adulta. A P5 apresentava como antecedentes pessoais HTA, dislipidemia, excesso de peso, tumor do timo com recessão e radioterapia em 2009 e recidiva em 2018, miastenia Gravis, osteopenia. Levava um estilo de vida sedentário, e era ex fumadora.

Foi admitida na UHDP com o diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade, à esquerda, em contexto de imunossupressão. A participante foi infetada pelo vírus da Gripe A, com sobreinfecção bacteriana, que desenvolveu para um quadro de insuficiência respiratória tipo 1, com necessidade de oxigenoterapia.

A intervenção junto desta participante decorreu ao longo de 4 turnos, à data da admissão e da recolha de dados P5 encontrava-se em no domicílio, na companhia do marido, mostrava-se muito ansiosa com a situação de saúde, com o processo da hospitalização domiciliária e com a terapêutica a cumprir no domicílio e a apresentar muitas questões.

A nível respiratório mantinha oxigenoterapia por óculos nasais a 2l/min, apresentava-se eupneica com FR de 16 ciclos/min, com SpO2 95%, com uma respiração simétrica, regular, à auscultação apresenta murmúrio vesicular mantido, ligeiramente diminuído na base à esquerda, mantinha acessos de tosse produtiva bastante frequentes (secreções esbranquiçadas) que eliminava, sendo neste âmbito definido o diagnóstico de **potencial para melhorar o conhecimento sobre a técnica de tosse** (OE, 2015b). Com a presença de **ventilação comprometida** (Couto et al., 2021) foram realizadas técnicas para otimização da ventilação e desmame de oxigénio, que foi possível de forma bastante progressiva, gerido pela própria participante. Foram assim então realizadas técnicas como o controlo e dissociação dos tempos respiratórios, reeducação diafragmática, reeducação costal, ciclo

ativo da respiração, com ensino da tosse eficaz através do *huffing*, realização de treino de musculatura inspiratória com utilização de dispositivo *PowerBreath* (Cordeiro & Menoita, 2012). No final das sessões a participante encontrava-se com menor quantidade de secreções, eupneica, com uma respiração regular de média amplitude e com SpO2 98% em ar ambiente.

Foi ainda feito o diagnóstico de **adesão ao regime terapêutico, comprometida e potencial para melhorar a capacidade da técnica inalatória com dispositivo** (Couto et al., 2021), uma vez que se verificou que a utente apresentava dúvidas da execução da terapêutica inalatória, foram ainda realizadas as intervenções de informar, ensinar e treinar a técnica de realização de terapêutica inalatória com a câmara expansora e o reforço diário da avaliação e dos ensinamentos realizados (Couto et al., 2021).

Apresentava força muscular mantida em todos os segmentos corporais, no entanto referia pouca resistência muscular e cardiorrespiratória, com **intolerância à atividade e movimento corporal comprometido** (OE, 2015b), pelo que se mantinha na mesma divisão ao longo do dia, impedida de subir e descer escadas.

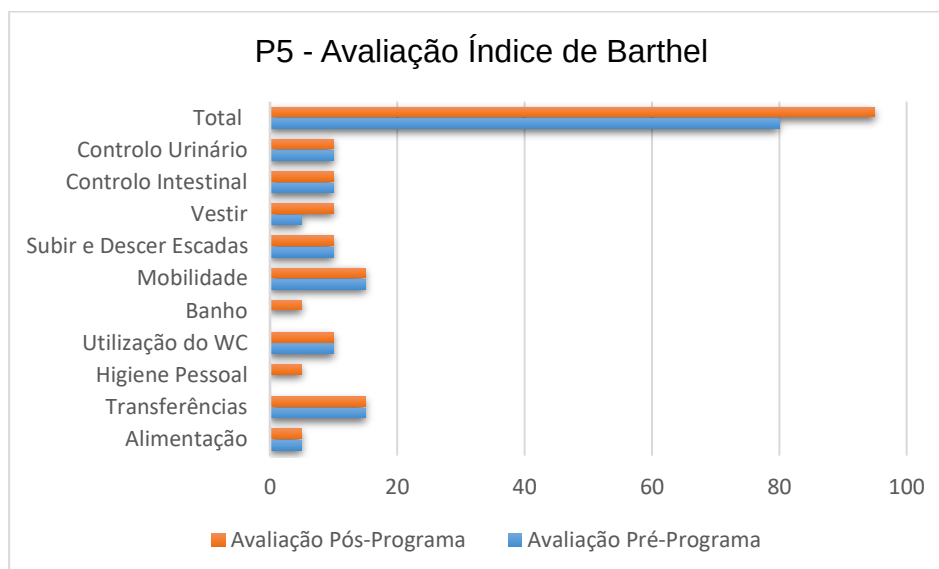
Nas sessões de ER a participante referia sempre algum cansaço e quando questionada pela avaliação do esforço categorizou-o em 5 uma atividade moderada/ intensa, na última sessão quando novamente avaliada referiu um cansaço de 3 referindo-se a um cansaço leve.

A habitação era uma casa com res-do-chão e primeiro andar onde fica o WC e o quarto, pelo que a P5 recorria a um balde para realizar as eliminações e descansava mesmo no período da noite na sala num cadeirão.

Inicialmente a participante apresentava-se sempre tendencialmente hipertensa, e taquicárdica, com TA de 155/82mmHg e FC 110bpm. Nos últimos dias de intervenção apresentava valores de normotensão mantendo a taquicárdia que tem de base.

Relativamente ao equilíbrio a utente nas primeiras sessões mostrava algum desequilíbrio ao levantar-se e na deambulação, recorrendo-se ao apoio nas mobílias e pessoas à volta, demonstrando **equilíbrio corporal comprometido** (OE, 2015b) a avaliação inicial do Teste de Tinetti resultou num risco moderado de queda com um resultado de 20, no final da intervenção este resultado evoluiu para o resultado máximo deixando de existir risco de queda.

Figura 12 - Evolução da Avaliação do Índice de Barthel de P5



Fonte- Elaboração Própria

Nas AVDs inicialmente a participante encontrava-se com um nível de dependência moderada com uma avaliação de Índice de Barthel de 60 pontos, com **autocuidado comprometido** (Couto et al., 2021) as suas principais dificuldades eram ao nível da mobilidade, subir e descer escadas, **autocuidado comprometido no vestir e despir, banho, na utilização do WC e na alimentação**. Na mobilidade a participante é capaz de realizar transferências e andar sem necessidade de auxiliares de marcha, no entanto encontra-se restringida ao espaço da sala e especificamente de um cadeirão, a participante P5 referia receio de se cansar em excesso e desencadear uma SIC “crise miasténica”. Deste modo apresenta cansaço fácil na realização das AVDs, percorre distâncias curtas (inferiores a 100m), incapaz de desempenhar tarefas diárias que antes executava. No final do internamento, realizava levantes mais frequentes do cadeirão, ia frequentemente à cozinha e foi feito ensino e incentivo sobre a importância da realização de exercício físico bem definido e orientado para a sua condição de saúde. P5 mostrou-se sempre reticente em iniciar atividade física programada mas aparentemente compreende a sua necessidade. Foi acordado que faria levantes e deambulações mais frequentes pela casa, assim como replicar os exercícios que fez ao longo das sessões.

O subir e descer escadas foi um dos treinos fundamentais nas sessões, especialmente para quebrar o receio da participante. Foi várias vezes treinado, assim como o treino de gestão do esforço. No final das sessões a participante foi capaz de subir e descer escadas.

Nos autocuidados referentes ao uso do WC, a utente percebeu que seria capaz de se deslocar até lá tendo conseguido realizar autonomamente estas atividades, foram também dadas estratégias alternativas para gestão da energia.

No final P5 encontrava-se com um grau de dependência ligeira, com 90 pontos, mantendo alterações apenas no controlo perfeito da bexiga (que já existiam anteriormente) e no subir e descer escadas que manteve a necessidade de apoio/vigilância.

Participante 6 (P6)

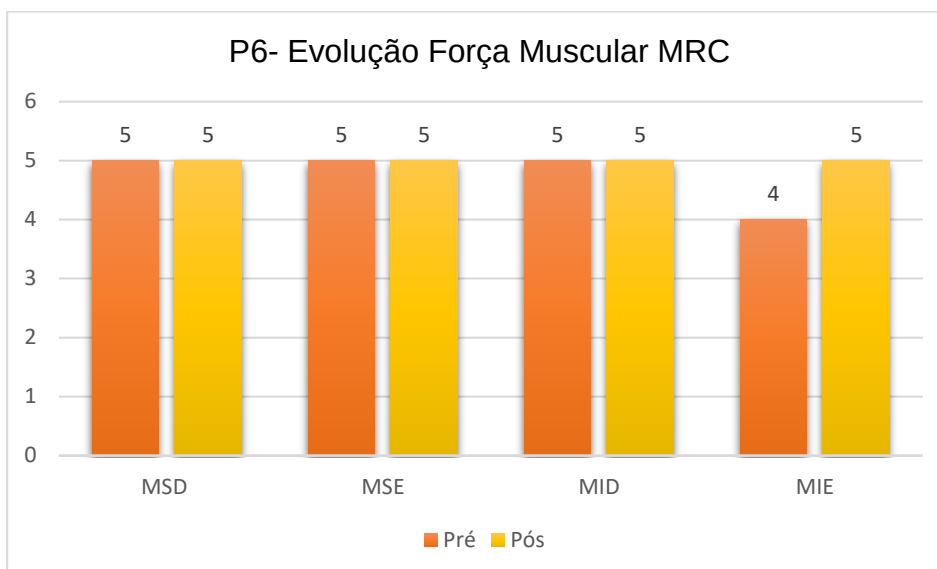
A sexta participante foi uma mulher de 71 anos previamente independente nas AVDs, reformada, mas ainda a trabalhar em tempo parcial, na área das limpezas domésticas. Casada, vive com o marido. Tinha como antecedentes pessoais obesidade, insuficiência venosa, gonartrose e gonalgia crónica (previamente realizada cirurgia de colocação de prótese do joelho direito).

A utente foi admitida na UHDP no seguimento de um internamento em ortopedia por colocação de prótese total do joelho esquerdo, que complicou aproximadamente 20 dias depois com aparecimento de exsudado purulento e cheiro fétido, percebeu-se a contaminação da ferida por *Enterococcus faecalis* Sensível, *Staphylococcus epidermidis*, foi novamente intervencionada e transferida 2 dias depois para a UHDP com o diagnóstico de infeção de prótese total do joelho esquerdo.

A intervenção de ER decorreu ao longo de 4 turnos. Na admissão a participante encontrava-se em GCS 15/15, no domicílio.

Devido ao motivo do internamento, o primeiro diagnóstico de ER que se identifica é o **potencial para melhorar a consciência entre a relação de precauções de segurança e prevenção de complicações**, isto porque a participante teve um reinternamento por uma complicação desenvolvida, sabe-se que tem tendência para tal (porque na cirurgia ortopédica anterior também desenvolveu complicações) e durante as conversas e sessões da a P6 foi possível supor, que foi confirmado pela própria, que existia uma vontade de realizar tarefas da vida diária de forma ainda precoce (como passar a ferro ou fazer limpeza). Deste modo numa das sessões realizou-se uma sensibilização, explicando os riscos de luxação, os movimentos luxantes a evitar, o risco de rigidez articular e o risco do excesso de peso.

Figura 13 - Evolução de P6 na avaliação da FM pela Escala de Força MRC



Fonte- Elaboração Própria

Apresentava uma FM mantida em todos os segmentos à exceção do MIE, com FM grau 4, com **movimento corporal comprometido**, no final da intervenção esta FM evoluiu para 5, com **potencial para melhorar a consciencialização e conhecimento sobre exercícios musculares e articulares** (OE, 2015b).

Ao nível de mobilidade articular, no início da participante a utente já realizava flexão do joelho a 90°, tendo sido implementados exercício no cicloergometro como forma de estimulação da amplitude articular.

Hemodinamicamente a participante P6 apresentou sempre valores estáveis de tensão e FC. Padrão respiratório predominantemente torácico, de amplitude normal e simétrico, eupneica em repouso com SpO2 de 100%.

Relativamente à sensação relativa de cansaço a utente referiu ao longo de todas as intervenções uma sensação de cansaço leve de 4 na escala de Borg modificada.

Tendo em conta o equilíbrio, no início da intervenção a utente apresentava um resultado na avaliação de Tinetti de 23, demonstrando **equilíbrio corporal comprometido** (OE, 2015b), risco de queda e desequilíbrio tanto em termo de equilíbrio como de marcha, e no final da intervenção revelou um resultado de 25, com melhorias ao nível do equilíbrio durante a marcha, com baixo risco de queda.

Na avaliação de Índice de Barthel teve uma pontuação de 90 pontos relevando um nível de dependência ligeira, com alterações ao nível da mobilidade no subir e descer escadas, e

quando finalizou a avaliação foi um Índice de Barthel de 100 pontos revelando independência funcional.

Nesta utente as intervenções foram assim focadas no ganho de movimento, ganho de força, equilíbrio e ensinamentos de prevenção de luxação da prótese e ensinamentos e incentivo de exercício físico a ser realizado posteriormente à alta do serviço.

6.6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A amostra é composta por 6 participantes, com diferentes diagnósticos clínicos e de ER, apresentam diferentes características e comportamentos, obtidos e percebidos através da entrevista e com o decorrer das sessões, estes dados permitem uma forma de enquadramento e antecipação das possíveis necessidades, apresentam-se na tabela seguinte.

Todos os participantes se encontravam conscientes no tempo, espaço e pessoa, com uma Escala de Coma de Glasgow de 15/15, tinham mais de 65 anos e apresentavam alguma limitação da mobilidade, preenchendo deste modo os critérios de inclusão para integrar a recolha de dados.

Tabela 6 - Caracterização da Amostra

Amostra	Diagnóstico principal	Nº morbilidades	Hábitos exercício	Dias de intervenção EEER
P1	AVC hemorrágico tálamo-capsular esquerdo	8 HTA Dislipidemia Obesidade Litíase renal Anemia ferropénica Glaucoma Diarreia crónica Hipotireoidismo	Não	3
P2	AVC hemorrágico tálamo-capsular esquerdo	1 Doença osteoarticular	Não	3
P3	AVC isquémico no território de ramos perfurantes da artéria basilar	6 HTA Dislipidemia Excesso de peso DM tipo 2	Não (fumador)	6

		Miocardiopatia ADC próstata FA paroxística		
P4	AVC isquémico da ACM esquerda	3 Dislipidemia DPOC Enfisema pulmonar	Não (fumador)	3
P5	Insuficiência respiratória tipo 1, com necessidade de oxigenoterapia; Pneumonia adquirida na comunidade; Infecção por Gripe A e sobreinfecção bacteriana	5 HTA Dislipidemia Excesso de peso Tumor do timo com recessão e radioterapia em 2009 e recidiva em 2018 Miastenia Gravis Osteopenia	Não (ex fumadora)	4
P6	Infeção de prótese PTJ esquerda	3 Obesidade Artrite, com dor crónica joelho Insuficiência venosa	Não	5

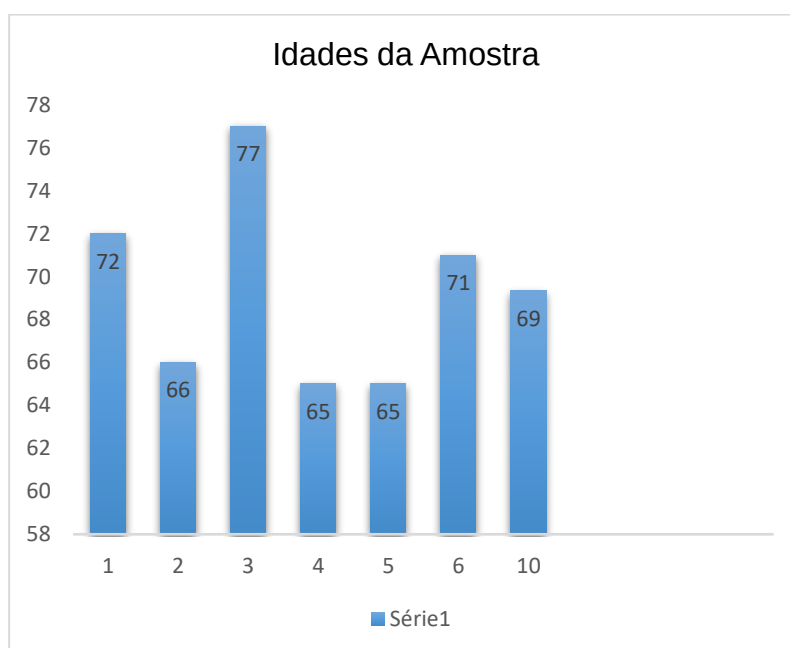
Fonte - Elaboração Própria

Figura 14 - Distribuição da amostra por sexo



Fonte - Elaboração Própria

Figura 15 –Distribuição das Idades da amostra



Fonte - Elaboração Própria

Analisando a amostra, podemos identificar que quatro dos utentes foram provenientes da UAVC, dois deles com AVC hemorrágico e dois deles com AVC isquémico. Isto faz particular

diferença na atuação do EEER, uma vez que na presença de eventos isquémicos, requer um resguardo maior no início da atividade física e até no 1º levante, sendo que nestes doentes, por indicação médica, durante todo o internamento não existiu indicação para levante e todas as intervenções de ER no âmbito da mobilidade, foram cuidadosamente monitorizadas.

As restantes participantes encontravam-se internadas na UHDP, sendo que uma das participantes tinha uma patologia do foro respiratório, pneumonia com sobre infeção por Gripe A e a última participante do mesmo serviço com uma patologia do foro ortotraumático, com uma infeção da prótese total do joelho.

Na amostra a média de idades encontrou-se nos 69,3 anos, sendo que o participante mais novo tinha 65 anos e o mais velho 77 anos. A distribuição de sexos foi dividida.

Todos os participantes eram de nacionalidade portuguesa, relativamente ao estado civil, cinco dos utentes eram casados, a viver com os seus conjugues e um deles divorciado a residir sozinho.

Quanto ao nível de escolaridade, dois dos utentes tinham realizado o ensino básico e quatro deles o ensino secundário. Apesar da escolaridade, todas as pessoas apresentavam alguma literacia em saúde, demonstrando vontade e interesse em integrar a ER na sua recuperação. Dos participantes três deles reformados e três deles a trabalhar, dois destes a tempo parcial.

Verificou-se que as pessoas mais velhas, apresentavam maior número de morbilidades, P1 com 8 doenças/ condições e P3 com 6 doenças/condições, sendo que quatro dos utentes, apresentam mais do que 3 doenças crónicas.

De acordo com as conversas sobre o estilo de vida, foi também perceptível que as duas pessoas com mais idade, aparentemente apresentavam uma vida tendencialmente mais sedentária que os restantes participantes, com a exceção da participante com miastenia gravis, que por apreensão relativamente à sua doença, adotava um estilo de vida bastante sedentário. Nenhum dos utentes apresentava hábitos de exercício físico, tendo sido um o diagnóstico de ER comum a todos eles, o potencial para melhorar o conhecimento sobre hábitos de exercício físico e sobre os exercícios musculares e articulares tendo sido realizados ensinamentos e o incentivo de hábitos de exercício físico para o futuro, após as intervenções de ER.

Todos os participantes com HTA, ou seja, 50% dos participantes (P1, P3 e P5), sofriam também de obesidade ou excesso de peso. É possível relacionarem-se quase todos os participantes com excesso de peso 66,6% (P1, P3, P5 e P6) à presença de dislipidemia com também uma percentagem de 66,6% (P1, P3, P4 e P5). Existem duas exceções à regra, o participante P4, que apesar de manter um índice de massa corporal adequado, confirmou não

realizar uma alimentação adequada, alimentando-se nos últimos anos essencialmente de comida de restaurante e fazendo escolhas prejudiciais, o que P4 identifica como o tradicionalmente chamado “petisco”. A outra exceção é a participante P6, que apesar de excesso de peso, cozinha a própria comida, e segundo a própria de forma “completa e equilibrada”, mantém ainda um emprego a part-time que a leva a manter-se ativa, o que provavelmente pode explicar a não ocorrência de dislipidemia.

O participante com menor número de morbilidades foi P2, apenas com doença osteoarticular anterior ao evento neurológico que levou ao internamento, segundo o participante, esta doença causava-lhe ainda pouco transtorno, no entanto encontra-se ainda com 65 anos e a trabalhar, o que pode provavelmente vir a agravar, se adotar um estilo de vida mais sedentário.

Do foro respiratório, encontra-se o P4, com patologias de base recém descobertas, a DPOC e enfisema pulmonar, que foram trabalhadas ao longo do internamento mas não aumentaram aparentemente a gravidade da doença no presente internamento, e P5 com a patologia central de ordem respiratória, foi admitida por insuficiência respiratória tipo 1 e necessidade de oxigenoterapia. O participante P4 fumador ativo e a participante P5 ex fumadora.

De acordo com cada um dos participantes, a sua patologia e área de atuação, neurológica, respiratória ou ortotraumática, foram estabelecidas prioridades de atuação, de modo a capacitar e maximizar a pessoa idosa, na sua recuperação ao nível da mobilidade.

A mobilidade é considerada a capacidade de locomoção (Gil et al., 2020), pode ser afetada pelo envelhecimento, por lesões físicas ou patológicas (Lobo et al., 2025).

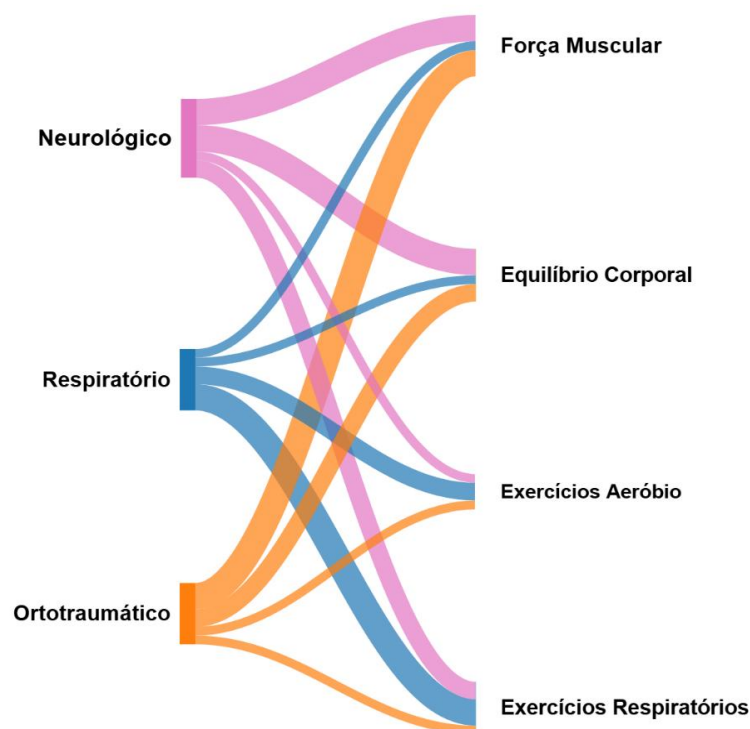
Na existência da imobilidade, é importante perceber-se que esta tem consequências graves num reduzido período de tempo, ao nível da funcionalidade, podendo causar rigidez articular, contraturas, incontinência, défice cognitivo, entre outras, a isto chama-se a síndrome da imobilidade (Lobo et al., 2025).

Segundo Lobo et al. (2025), a prevenção do declínio funcional, pode ser uma estratégia contra instalação da imobilidade, uma vez que a diminuição da funcionalidade e o aumento da dependência, influenciam a diminuição da FM, resistência e amplitude articular, condicionando a mobilidade articular e a marcha.

O programa foi assim dividido em quatro componentes de aptidão física que segundo a literatura influenciam a mobilidade e capacidade funcional dos idosos (Mejía & López, 2024; Yang et al., 2025), dado que estas quatro componentes são de grande relevância no contexto

de reabilitação, foi necessário dedicar maior ênfase a cada uma das componentes, consoante as necessidades de cada um.

Figura 16 - Fluxograma das componentes de intervenção em cada uma das áreas



Fonte - Elaboração Própria

A imagem acima representa uma aproximação da estratégia de intervenção que foi planeada e realizada.

A pessoa pós AVC, tem frequentemente consequências ao nível do compromisso neurológico, como alterações do campo visual, diminuição da FM, equilíbrio, descoordenação motora, afasia, disartria, ataxia entre outras. Isto compromete o controlo postural, a marcha, o risco de queda e a sua capacidade funcional (Santos, et al., 2020).

No âmbito neurológico, o treino de mobilidade funcional, recuperação do equilíbrio e retorno à realização de AVDs é importante no contexto da reabilitação e deve ser realizado em todas as fases da recuperação (ACSM, 2022).

O EEER deve intervir precocemente na reabilitação do doente neurológico, preferencialmente nas primeiras 24h pós evento, ainda com exercícios de mobilidade no leito. Esta intervenção deve ter como foco a prevenção da espasticidade, a recuperação da FM do

hemicorpo lesado, reeducação sensorial, resumidamente, recuperação das funções motoras, sensoriais e cognitivas que apresentem défice (Santos, et al., 2020).

Neste estudo priorizou-se o treino de força muscular e de equilíbrio corporal, as aptidões mais afetadas nos participantes, após o evento neurológico, sendo o treino da mobilidade é o que melhor responde à prática da reabilitação (Vieira et al., 2023b).

Os exercícios respiratórios surgem no seguimento, devido à necessidade de relaxamento, prevenir e corrigir defeitos ventilatórios. Por último surge o exercício aeróbio, difícil de executar no contexto onde nos encontrávamos, ainda com alguma debilidade funcional no equilíbrio e força, sendo difícil de conseguir trabalhar e com menor relevância na recuperação da situação em que se encontravam os participantes, alguns sem controlo postural ou da força muscular (Cordeiro & Menoita, 2012).

Na participante do foro respiratório, a prioridade foram os exercícios de carácter respiratório, de forma a tratar as desordens respiratórias como a obstrução do fluxo aéreo, corrigir e prevenir alterações esqueléticas e musculares, prevenir a retenção de secreções, diminuir a dispneia e melhorar a performance física (Cordeiro & Menoita, 2012).

Em programas de ER, a aplicação de técnicas de reeducação respiratória é importante na reabilitação do idoso, mesmo que o diagnóstico principal não seja respiratório. Uma boa respiração e ventilação pode ter influência na estabilidade clínica da pessoa. As intervenções realizadas aos participantes, assim como também identificado na literatura, contribuem com benefícios ao nível da gestão e tolerância ao esforço, controlo e dissociação dos tempos respiratórios (facilitando a execução de algumas AVDs), eliminação de secreções, deambulação (Ferreira, et al. 2025).

Na participante P5, foram realizados exercícios para eliminação de secreções, para melhoria da permeabilidade das vias aéreas e melhoria da distribuição e ventilação alveolar e reeducação ao esforço (Cordeiro & Menoita, 2012), com isto seguidamente foi trabalhado a resistência cardiovascular com exercícios de resistência aeróbia.

O treino de força muscular e equilíbrio foram complementares nas sessões devido às alterações existentes, previamente causadas pelo nível de sedentariedade.

No doente ortotraumático, a principal aptidão trabalhada foi a força muscular, uma vez que era essa a aptidão significativamente alterada, seguidamente o equilíbrio que também tinha algumas alterações.

De forma geral os resultados obtidos evidenciaram uma melhoria na mobilidade e funcionalidade dos participantes, que foi traduzida pelos resultados da avaliação de Índice de Barthel, pelo Teste de Tinetti e pelos resultados da escala de FM MRC.

Com os resultados obtidos, podemos assumir que o treino de mobilidade de forma multicomponente, ajustada às necessidades de cada participante, pode promover uma melhoria da dependência (Alves et al., 2024).

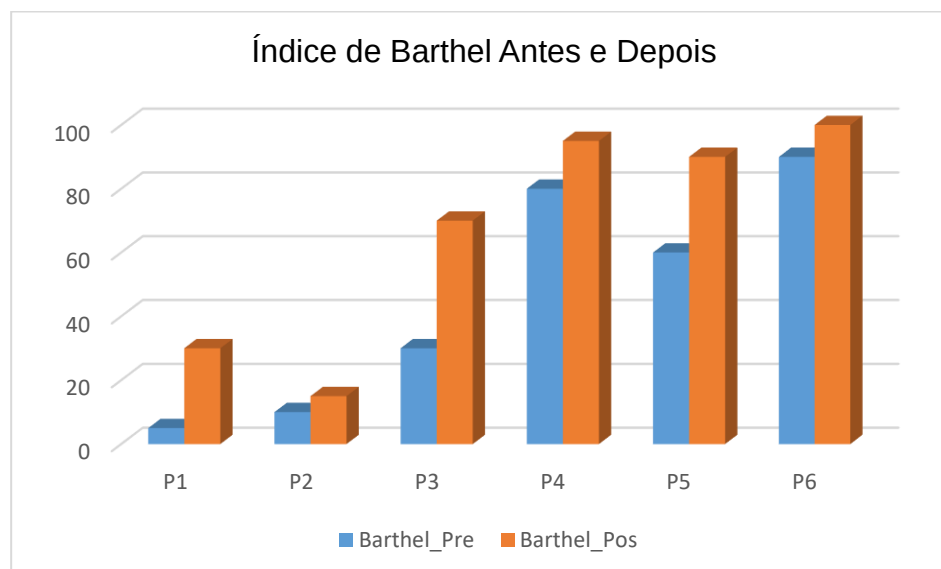
Segundo Ferreira et al. (2025) o treino multicomponente, são trabalhadas habilidades como a flexibilidade, equilíbrio, FM e resistência, este tipo de exercício promove um envelhecimento saudável, com resultados ao nível da capacidade funcional, mobilidade e qualidade de vida.

Tabela 7 - Síntese dos resultados da avaliação de Índice de Barthel

Amostra	Índice de Barthel Antes	Nível de dependência	Índice de Barthel Depois	Nível de dependência	Ganhos	% Melhoria
P1	5	Dependente Total	30	Dependência severa	25	83%
P2	25	Dependente Total	30	Dependência severa	5	17%
P3	15	Dependente Total	70	Dependência moderada	55	79%
P4	65	Dependência moderada	90	Dependência ligeira	25	28%
P5	60	Dependência moderada	90	Dependência ligeira	30	33%
P6	90	Dependência ligeira	100	Totalmente independente	10	10%

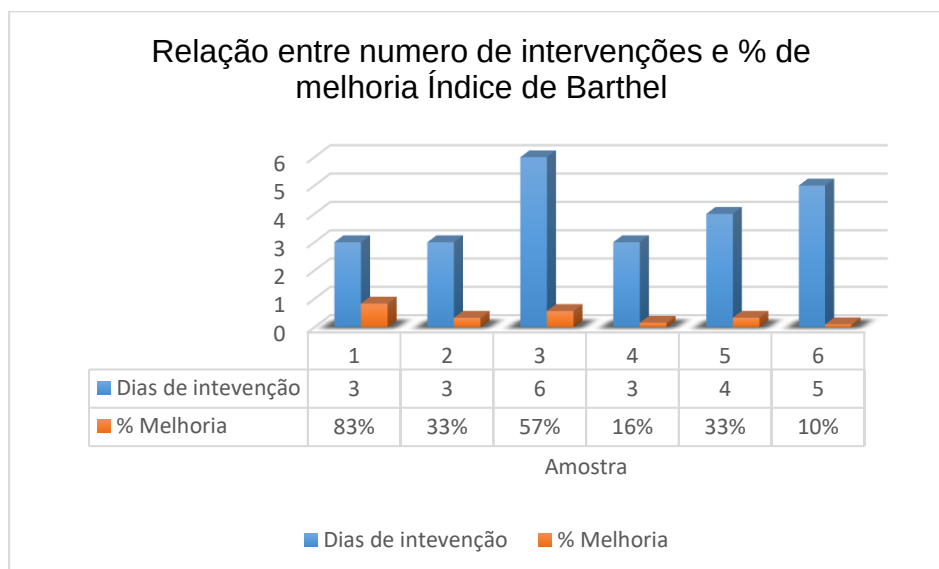
Fonte – Elaboração Própria

Figura 17 - Ganhos de Funcionalidade com a avaliação de Índice de Barthel



Fonte – Elaboração Própria

Figura 18 - Relação entre número de intervenções e % de melhoria Índice de Barthel



Fonte – Elaboração Própria

Relativamente à avaliação da funcionalidade, pelo Índice de Barthel, os participantes apresentaram todas melhorias nos resultados após a intervenção de ER, sendo que a maior percentagem de melhoria ocorreu no participante P1, com uma melhoria de 83%, esta percentagem de ganho de autonomia aconteceu graças aos ensinamentos efetuados e ao ganho

de autonomia nesse sentido, uma vez que houve ganho de força, mas não o suficiente para se tornar totalmente autónoma.

A menor percentagem de melhoria aconteceu nos participantes P4 e P6, no P4 o participante apesar do défice procurou sempre manter a autonomia possível, esforçando-se para não recorrer a apoios, P6 encontrava-se já bastante autónoma, com ligeiras alterações na mobilidade, sendo que a margem de melhoria também foi menor.

Observa-se uma tendência positiva de melhoria, entre o número de dias de intervenção e os resultados funcionais, avaliados pelo índice de Barthel. De acordo com a tendência, seria de esperar que quantos mais dias de intervenção, melhores os resultados.

Esta melhoria deve ser analisada, pela potencialidade dos ensinamentos de ER que permitem uma adaptação da realização das AVDs, em que nos primeiros dias de doença/internamento, o doente ainda se encontrava em fase de transição, a aprender a lidar com a sua nova realidade. Quantos mais dias, mais autónomos os doentes se tornavam, apesar da sua nova condição de saúde (nos casos dos doentes com hemiparesias).

No caso de doenças agudas em que existiram sequelas, mas foram superadas, supõe-se que seria mais facilmente criada esta tendência de melhoria, quantos mais os números de dias de intervenção.

A avaliação dos participantes através do Índice de Barthel permitiu avaliar a independência / incapacidade funcional dos participantes na realização das AVDs (Faria et al., 2023). Isto vai de encontro às competências específicas do EEER, mais especificamente competência J1.1 e J1.4 (Regulamento n.º 392/2019, 2019) que referem “Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades” e “Avalia os resultados das intervenções implementadas”. Com a utilização do Índice de Barthel, realiza-se a avaliação pré intervenção que permite entender quais as dificuldades e necessidades de reabilitação da pessoa, avalia-se o impacto funcional da qualidade de vida e no bem estar da pessoa e permite identificar o foco de atenção para um adequado planeamento das intervenções, de forma a otimizar e reeducar as diferentes funções afetadas, como referido nos pontos do quadro de competências J1.1 (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

O resultado da melhoria da funcionalidade vai de encontro à concretização dos padrões de qualidade definidos pela Assembleia do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2018b). Assim a intervenção ao nível da funcionalidade, é congruente com o ponto 3.6 “A reeducação funcional” da proposta dos padrões de qualidade da OE (2018b), que prevê a reeducação funcional, para a melhoria da qualidade de vida através da

identificação das necessidades, conceção de planos que maximizem as capacidades funcionais, juntamente com a pessoa e a aplicação de programas de reabilitação (OE, 2018b).

As melhorias identificadas ao nível do treino de FM permitiram a cada um dos participantes conseguir ganhos distintos, que promoveram uma melhor readaptação funcional.

Nos doentes neurológicos, existe uma associação com a diminuição da FM e mobilidade articular (Araújo et al., 2021), os pequenos ganhos de força muscular podem significar liberdade para executar pequenas tarefas como vestir e despir, transferir-se, deslocar-se autonomamente ou permanecer em posição ortostática. As mobilizações e o ganho de FM podem significar melhorias no esquema corporal, melhorias no controlo postural, no equilíbrio, prevenção de espasticidade (Araújo et al., 2021).

A recuperação dos défices neurológicos é tanto maior, quanto mais cedo se iniciar a reabilitação, e existe uma janela temporal, nas primeiras semanas pós evento, que deve ser rentabilizada, uma vez que nesta fase, é quando se conseguem os maiores ganhos. Esta fase inicial facilita também a continuidade e consistência do treino de reabilitação, que deve ser prolongado ao longo do tempo, uma vez que são visíveis alguns resultados, que podem ser agentes incentivadores dessa continuidade (Santos et al., 2020).

Pode considerar-se que as intervenções realizadas, por terem sido uma média de quatro dias de intervenção, ou seja, por um curto período de tempo, os ganhos de FM foram pouco expressivos, sendo necessário maior volume de intervenção para um resultado mais significativo, ainda assim segundo a literatura encontrada, se a intervenção tivesse decorrido durante mais tempo, provavelmente melhores resultados teriam sido observados.

Na participante do foro respiratório, a diminuição da FM impedia-a a utente de se deslocar a partes da sua casa, ou realizar a sua higiene diária de forma autónoma, o ganho de FM nestes doentes pode significar uma melhoria da capacidade aeróbia e conservação de energia, melhoria da FM periférica permitindo a conservação da autonomia nas tarefas diárias e fortalecimento muscular auxiliando na coordenação nos movimentos respiratórios (Couto et al., 2021).

No doente do foro respiratório o treino da FM torna-se importante, uma vez que estas pessoas devido à intolerância ao esforço que desenvolvem, tornam-se cada vez mais sedentários, reduzem a atividade física e movimentos que consideram evitáveis, diminuindo assim inconscientemente a utilização da musculatura e da FM, ao nível dos membros inferiores, esta diminuição da força, significa muitas vezes também diminuição da capacidade de equilíbrio (Couto et al., 2021).

Na participante do foro ortotraumático, o reforço da FM irá refletir-se na proteção da articulação e diminuição do risco de luxação (Lourenço et al., 2021).

Para melhoria da FM e do fortalecimento articular, o treino de resistência muscular, com sessões curtas, está indicado idosos como forma de prevenção de fraturas e de fragilidade nos idosos (Lobo et al., 2025).

A pessoa após a intervenção cirúrgica, fica geralmente com uma fragilidade muscular, que se reflete na perda de FM e diminuição de amplitude articular. O ganho de FM contribui também para uma melhoria da funcionalidade da pessoa, o que se reflete na confiança e bem estar emocional da pessoa, que deste modo ganha confiança, diminui medos e aumenta a capacidade de prevenir complicações (Lourenço et al., 2021).

Como referido anteriormente, a FM tem ainda grande influência na capacidade de equilíbrio, que se encontra diminuída na população idosa e pode ter consequências na ocorrência de quedas.

Segundo, Santos, et al. (2020) o equilíbrio e a FM são duas componentes essenciais para a realização da marcha e execução de AVDs. Segundo este estudo, a melhoria destas capacidades, contribuíram para a independência dos doentes avaliados.

A marcha é considerada por muitos autores, um importante indicador de saúde, pois quando surge a impossibilidade de andar, existe comprometimento de AVDs, aumentando a dependência funcional (Sousa, et al., 2023), o que se verificou neste estudo, em que os participantes com piores resultados ao nível da marcha, também apresentaram piores resultados ao nível da funcionalidade. Considera-se ainda que existe uma relação entre esta capacidade e morbilidade, mortalidade, qualidade de vida e independência funcional (Sousa, et al., 2023).

O declínio funcional associado ao envelhecimento, provoca alterações motoras e sensoriais nos idosos, tais como, a diminuição da força muscular, resultante de um menor recrutamento e ativação de unidades motoras, alterações visuais, vestibulares e propriocetivas que dificultam o controlo do centro de massa. Em conjunto, estas mudanças, tornam o exercício do equilíbrio, uma atividade bastante difícil de conseguir (Lobo et al., 2025).

De acordo com Lobo et al. (2025), uma melhoria da cognição vai influenciar positivamente o equilíbrio e consequentemente da mobilidade, isto pode conseguir-se através de treino multicomponente, de exercícios com um nível de dificuldade progressivo, com movimentos repetitivos e com sessões curtas e frequentes.

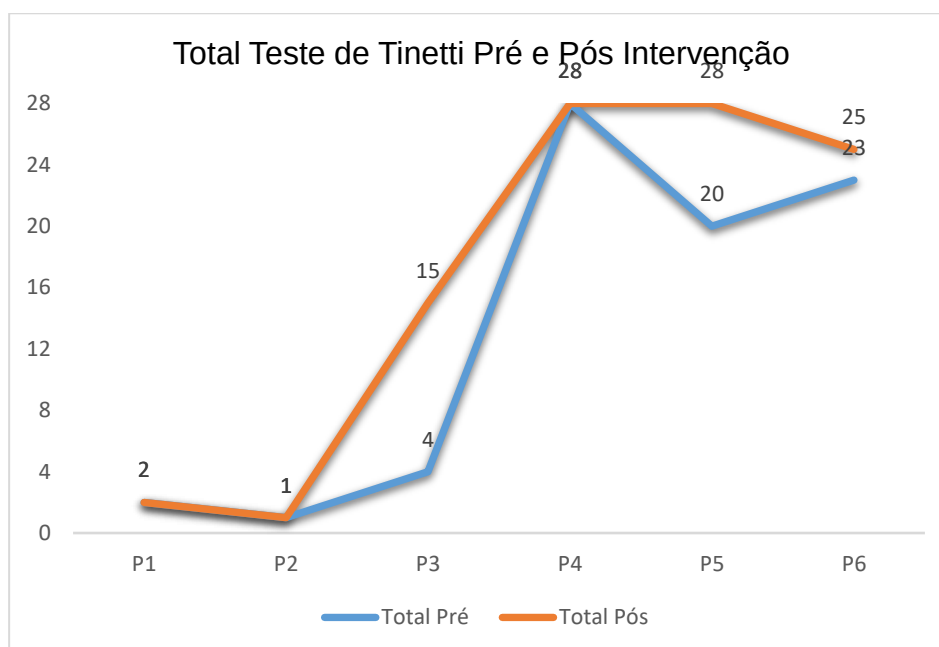
Tendo em consideração os dados obtidos ao nível de equilíbrio, pode perceber-se que existiram ganhos, no entanto não aconteceram em todos os participantes.

Tabela 8 - Síntese dos resultados da avaliação do Teste de Tinetti

Participante	Equilíbrio Pré	Marcha Pré	Total Pré	Equilíbrio Pós	Marcha Pós	Total Pós
P1	2	0	2	2	0	2
P2	1	0	1	1	0	1
P3	2	2	4	7	8	15
P4	16	12	28	16	12	28
P5	13	7	20	16	12	28
P6	14	9	23	14	11	25

Fonte – Elaboração Própria

Figura 19 - Total de Índice de Teste de Tinetti Pré e Pós Intervenção



Fonte – Elaboração Própria

Os participantes P1, P2 e P4 não obtiveram alterações nos resultados após a intervenção, P4 porque já tinha a pontuação máxima, pelo que não existiu margem para melhoria, e os participantes P1 e P2 mantiveram também as pontuações iniciais (muito reduzidas), uma vez que não existiram melhorias. Este resultado deveu-se à variabilidade que pode existir devido a diferentes fatores. Durante a intervenção de enfermagem a nível do equilíbrio, o treino destes participantes (P1 e P2) apenas se pôde realizar no leito, a participante P1 encontrava-

se bastante motivada, ao contrário de P2 que aparentemente mais capaz, se apresentava desmotivado. Ambos demonstravam diminuição da FM e dificuldade no controlo postural, o que dificultou o treino de equilíbrio sentado no leito, a nível da marcha não foi possível ser avaliada devido à impossibilidade de realizar levante, sendo que o controlo postural foi a base da intervenção nestes dois participantes.

É possível que se a intervenção a P2 se tivesse prolongado por um maior período de tempo, em que fosse possível efetuar o levante, o participante se sentisse mais motivado, sendo que a atividade física ajuda na diminuição dos sintomas depressivos, assim como sentimentos de baixa autoestima.

O processo de transição saúde-doença tem uma elevada complexidade associada, que deixa a pessoa vulnerável, não só pela componente funcional e física da situação, mas também pela adaptação emocional e psicológica que a pessoa tem que realizar. Numa primeira fase, é natural a pessoa em situação de doença e dependência tenha sentimentos de negação, agressividade e tristeza. O EEER tem também o papel de auxiliar a pessoa na gestão de emoções e numa primeira fase mostrar-se empático e compreensivo, sendo que posteriormente deve encorajar a autonomia da pessoa e ajuda-la a lidar com inseguranças (Matos & Simões, 2020).

Segundo Teoria das Transições de Afaf Meleis, o EEER deve preocupar-se “com as experiências transitórias vivenciadas pela pessoa, sendo que a meta das terapêuticas de enfermagem será a saúde e o bem estar” (Ribeiro, 2021b, p. 50), isto é essencial para a gestão de expectativas e definição de objetivos e metas realistas. Empoderar a pessoa com conhecimento, permite maximizar a autonomia desta na tomada de decisão e na motivação em busca de objetivos realistas (Matos & Simões, 2020).

O participante P3 foi quem obteve o ganho mais expressivo, subindo 11 pontos na pontuação, sendo que o maior ganho na recuperação deste participante, foi ao nível da marcha com uma melhoria de 75% de ganho de marcha, e uma melhoria total de 73% relativamente à avaliação total inicial.

Os exercícios de equilíbrio e a prevenção de quedas são fundamentais para o retorno da capacidade da marcha. A marcha e a diminuição do risco de quedas, representam um dos principais objetivos do EE e do EEER (Santos, et al., 2020).

A independência no padrão de andar automático, o ganho de tónus muscular e a recuperação de padrões de movimento, são meios fundamentais que permitem a realização das AVDs de forma independente (Araújo et al., 2021).

A capacidade de retomar a marcha de forma autónoma, é considerada um dos objetivos principais para a pessoa e família, após a ocorrência do AVC porque significa melhoria da funcionalidade e qualidade de vida (Matos & Simões, 2020).

A participante P5 também obteve um ganho considerável de 8 pontos, que correspondem a uma melhoria total de 28%, sendo que os principais ganhos foram ao nível da marcha.

P6 teve um ganho mais reduzido, também porque se encontrava com melhores resultados desde o início da intervenção de ER, com o ganho de 2 pontos, ao nível da marcha, que aparentemente está relacionado com o ganho de FM em ambas a participantes P6 e P5.

No presente relatório, apesar do curto período de intervenção, os participantes que mais melhoraram a sua avaliação no Teste de Tinetti, confirmaram também resultados crescentes ao nível da funcionalidade, na avaliação do Índice de Barthel.

Ainda assim existiu uma exceção, o participante P2, que por motivos de impossibilidade de avaliação do treino ortostático e de levantar, não melhorou o seu equilíbrio, teve um ganho de FM de 3 graus (no somatório da FM dos quatro membros), apesar de não ter melhorado o equilíbrio, melhorou o Índice de Barthel, o que se pode associar aos ensinamentos realizados e à melhoria verificada da FM.

As principais limitações deste estudo foram a obtenção de uma amostra reduzida, que se deveu ao facto, das características necessárias da amostra limitarem o número da mesma, especialmente a necessidade de permanência nos serviços por um período temporal suficiente que permitisse a avaliação, aplicação do programa em pelo menos duas sessões e a avaliação final.

Sendo que outras pessoas cumpriam com os restantes critérios definidos, mas permaneceram por um período reduzido de tempo nos serviços, não permitindo a possibilidade de uma intervenção significativa, tendo sido excluídas por esse motivo.

A permanência dos doentes nos serviços foi por norma reduzida, principalmente na UAVC, em que a permanência média de cada doente são 3 a 4 dias, numa fase aguda, em que existe indicação médica para o repouso total e o impedimento da realização de exercícios de mobilidade mais desafiantes. Sabe-se que nesta primeira fase, existem ainda bastantes défices e alterações muito oscilantes, sendo este um momento ainda muito precoce para concluir ou assumir resultados definitivos, a reabilitação realizada deve ser um processo contínuo e prolongado até mesmo a uma fase posterior, em meio domiciliário (Santos, et al., 2020).

No serviço de UHDP os participantes apesar de internados por um período temporal mais prolongado, encontravam-se na sua maioria independentes em todas as AVDs, assim como na mobilidade em geral, não existindo margem para melhoria, de acordo com os parâmetros dos instrumentos de avaliação utilizados, pelo que também não foram considerados para a amostra, mas ainda assim usufruíram dos exercícios do programa.

Por outro lado, outro fator limitador foi a necessidade da minha presença no serviço para a elaboração das intervenções, sendo que por vezes, alguns dos participantes até se encontraram mais tempo internados, mas que por motivos de conciliação de turnos com os enfermeiros orientadores, não houve possibilidade de serem aplicados os exercícios de forma diária ou com a consistência necessária.

Acredito que estes pontos referidos, tornaram a amostra mais reduzida e com menos representatividade, ainda assim, puderam tirar-se resultados positivos relevantes ao nível da FM, que ao nível dos MIs permitem uma melhor marcha e no seu conjunto criaram uma melhoria ao nível de ganho de funcionalidade.

7. ANÁLISE REFLEXIVA ACERCA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

Segundo Barata (2023) na prática da enfermagem a aquisição de competências, consiste na capacidade que o enfermeiro tem na sua prática diária em utilizar as suas capacidades pessoais e os conhecimentos adquiridos de forma a cumprir com os objetivos dos definidos e a proporcionar cuidados de qualidade. As competências podem ser divididas em vários domínios, como o saber teórico, através de conhecimento técnico científico; o saber fazer na prática, através das habilidades técnicas; e o saber ser, que são competências do âmbito da atitude, dos comportamentos e da relação terapêutica (Barata, 2023).

A competência do profissional de enfermagem, é adquirida por via de um processo dinâmico, com diferentes valências e contributos (Barata, 2023) em que todos os elementos são necessários, têm validade e que só no seu conjunto, contribuem para uma atuação completa que garante o cuidado holístico que o enfermeiro especialista procura entregar.

A definição de competências e definição de comportamentos específicos a atingir, são fundamentais para traduzir em resultados a possível entrega de melhoria na qualidade de vida das pessoas, pela atuação do EEER. As competências bem definidas permitem a definição de objetivos específicos, valorizam a nossa atuação, que se caracteriza como sendo de carácter científico, autónoma, multidisciplinar através do desenvolvimento dessas competências com a ampliação da aprendizagem e da experiência da prática (Barata, 2023).

A avaliação do desenvolvimento de competências pode ser validada tanto pela reflexão individual da ação (como é o caso do relatório), como por avaliação do desempenho por auditorias de qualidade dos cuidados de enfermagem, através de escalas e identificação da melhoria contínua da qualidade e resultados obtidos junto dos doentes.

Sabe-se que além do saber teórico, a experiência real, o aprender a fazer, acresce grandes benefícios para o estudante adulto, inserido no meio de trabalho, este tipo de aprendizagem de grande importância é conseguido ao longo dos estágios em ER, mas este saber só é assimilado, quando existe uma reflexão crítica, que compare os processos, numa perspetiva pré e pós experiência, ou seja, pré e pós especialização, e é este o objetivo do relatório, assimilar e compreender o processo de ER, planear, intervir e avaliar como EEER, uma mudança, evolução de comportamento, método e atitude (Barata, 2023).

Com o Decreto-Lei n.º 71/2019 (2019), estabeleceu-se o regime da carreira especial de enfermagem, com os requisitos de habilitação e progressão profissional e de diferenciação técnico-científica. A estruturação da carreira de enfermagem prevê as categorias de enfermeiro, enfermeiro especialista e enfermeiro gestor, cada uma com o seu conteúdo

funcional que visam a dar resposta à eficiência das instituições de saúde, através da melhoria da qualidade, acessibilidade, com o objetivo de prestar cuidados de enfermagem e acordo com os padrões de qualidade estabelecidos pela ordem dos enfermeiros e que deem uma experiência positiva aos utentes (Decreto-Lei n.º 71/2019, 2019).

Para o enfermeiro ser admitido na carreira e considerado enfermeiro especialista, este necessita de pelo menos 4 anos de prática no exercício profissional e do título de enfermeiro especialista, isto para que ao longo do desenvolvimento do mestrado e especialidade sejam agregadas competências próprias do enfermeiro especialista, competências diferenciadoras e adequadas às necessidades das pessoas e consoante a área de especialidade na prestação de cuidados, que serão abordadas nos seguintes pontos.

7.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O EE deve assumir compromissos com base na melhoria da prática, distinguindo-se do que anteriormente realizava, com base no conhecimento científico, técnico e humano que foi adquirido ao longo dos estágios. O enfermeiro durante a especialidade, deverá criar uma atitude pró ativa em diversas áreas, começando pela responsabilidade de continuar a sua jornada pela investigação, procurando manter-se não só atualizado mas também contribuindo para a criação de conhecimento.

O Regulamento n.º140/2019, que reúne as competências comuns do EE, que se encontram organizadas em 4 domínios: “Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal”; “Domínio da Melhoria contínua da qualidade”; “Domínio da Gestão dos Cuidados” e “Domínio do Desenvolvimento das aprendizagens profissionais”. (Regulamento n.º140/2019, 2019, p.4745)

O primeiro domínio são as “Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal” (Regulamento n.º140/2019, 2019).

O EE, para a atribuição deste título, deve ser estar dotado de um conjunto de competências comuns e específicas, adquiridas ao longo do mestrado, (Regulamento n.º 140/2019), entre elas compreendem-se a apropriação de conhecimento sobre a responsabilidade profissional, ética e legal.

Este deve reger a sua intervenção de acordo com a lei, com os princípios éticos e deontológicos da profissão, garantindo cuidados com respeito pelos direitos humanos e responsabilidades profissionais.

O enfermeiro especialista deve decidir, liderar e avaliar com base numa reflexão e tomada de decisão ética, fazendo também uso do enquadramento jurídico da enfermagem (Regulamento n.º 140/2019).

A Especialidade em Enfermagem, incentiva-nos a questionar a prática, permitindo desenvolver um raciocínio clínico mais sustentando, humanizado e individualizado. Os enfermeiros têm a responsabilidade de estar preparados para enfrentar dilemas éticos, levando em consideração não apenas a ciência e a evidência científica, mas também os valores, os direitos e as necessidades individuais das pessoas (Lei n.º 8/2024, 2024).

Segundo o artigo 110º do código deontológico de enfermagem (Lei nº8/2024, 2024), o enfermeiro é responsável pela humanização dos cuidados, avaliar e cuidar da pessoa na sua totalidade e “criar um ambiente propício ao desenvolvimento” (Lei nº8/2024, 2024, p.10).

No decorrer dos estágios procurei sempre apoiar sempre as minhas decisões e intervenções nos princípios do código deontológicos da nossa profissão.

De acordo com os princípios gerais do código deontológico (Ordem dos Enfermeiros, 2015, art. 78º), são estabelecidas bases éticas que devem guiar o exercício da nossa profissão, como o respeito pela liberdade e dignidade da pessoa, agir respeitando os direitos humanos, sob o princípio da solidariedade.

Ao longo deste percurso tive como preocupação, desenvolver uma perceção crítica, quanto a possíveis discriminações e moldar a minha atuação para que garantisse sempre que existissem cuidados de excelência a todas as pessoas, independentemente da etnia, nacionalidade ou ideologia religiosa, abstendo-me de juízos de valor, respeitando as opções da pessoa.

Segundo o código deontológico, artigo 103º, (Lei nº8/2024, 2024), o enfermeiro deve garantir o respeito pela integridade biopsicossocial, cultural e espiritual, o direito à vida e à qualidade de vida, o respeito pela individualidade das escolhas da própria pessoa.

Em conformidade com as orientações da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura [UNESCO], procurei cumprir com os princípios da não-maleficência e beneficência, ou seja, a obrigatoriedade de fazer o bem, e não causar dano ou prejuízo, prevenindo o mal, ou reduzi-lo (UNESCO, 2005).

Cumprir o direito à autonomia, abordado em vários documentos oficiais como por exemplo na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, redigida pela UNESCO (2005) e no REPE (Lei n.º 8/2024, 2024), foi a base da minha atuação, pois acredito que é um

dos objetivos finais da enfermagem de reabilitação, trazer autonomia à pessoa de quem cuidamos.

De forma a garantir a autonomia da pessoa, é nosso dever de informar, segundo o artigo 105º da Lei n.º 8/2024 (2024), a pessoa e a família sobre os cuidados prestados, sobre a sua situação de saúde, assim como informar sobre os recursos disponíveis, por exemplo na comunidade ou produtos de apoio.

O enfermeiro tem o dever, de ser o protetor dos direitos da pessoa e da sua autonomia, que só é conseguida, através da posse de informação (Lobo, et al., 2025). Está claro no artigo 105º o dever de informação, no código deontológico (Lei n.º 8/2024), o enfermeiro respeita a autonomia da pessoa, informando-a e capacitando-a, elucidando-a, de forma a que possa fazer escolhas livres e esclarecidas (Lobo, et al., 2025).

A independência da pessoa pode encontrar-se comprometida, porém a liberdade de escolha para a tomada de decisão, se não existir compromisso cognitivo, em princípio não estará afetada. De forma a garantir a dignidade ao longo do processo, o enfermeiro deve garantir essa liberdade de escolha à pessoa, agindo não apenas de acordo com as necessidades identificadas, mas aliando as necessidades às vontades, costumes e projetos de vida da pessoa (Lobo, et al., 2025)

A liberdade de escolha, autonomia de decisão, concretiza-se no consentimento livre e esclarecido, deste modo, o EEER deve informar e validar continuamente o processo de cuidados com a pessoa. O EEER entrega qualidade no seu serviço através da capacitação da pessoa para a “gestão da situação de acordo com o projeto de saúde do cliente, com alterações da funcionalidade, garantindo o respeito pela singularidade, vontade e decisão” (OE, 2018b, p.9).

Ainda no domínio da responsabilidade ética, considero que o dever de sigilo artigo 106º (Lei n.º 8/2024, 2024), se encontra presente ao longo de todo este percurso, uma vez que trabalhamos com base nas individualidades, necessidades e carências das pessoas, somos muitas vezes portadores de informações que nos são guardadas e é nosso dever mantê-las confidenciais, tanto na prática diária da profissão, como a nível académico, na recolha de dados socio biográficos para elaboração dos relatórios de estágio, garantindo o anonimato de todas as pessoas.

Neste campo acredito ter-se cumprido com vários critérios de qualidade, ao nível da satisfação da pessoa, como previsto no ponto 3.1 da proposta dos padrões de qualidade da (OE, 2018b), que preconiza o respeito pela autonomia, pelas crenças e valores, pela discussão do processo com a pessoa.

O processo de reabilitação deve ser discutido e analisado com a pessoa e família, sendo que na maioria dos casos as pessoas perderam autonomia funcional, mas não na capacidade de decidir sobre o seu projeto de vida (Sousa et al., 2020). Procurei demonstrar em todas as situações disponibilidade para a reflexão em equipa, com a pessoa e família sobre a gestão de expectativas e adequação de estratégias com vista ao objetivo de promoção da autonomia.

O segundo domínio diz respeito à “Melhoria contínua da qualidade”, o EE deve ser promotor de uma postura exemplar na qualidade dos cuidados prestados, procurar a máxima qualidade e dinamizar esse comportamento pela equipa (Regulamento nº140/2019, 2019). O EE tem responsabilidade em promover a melhoria continua dos serviços onde se encontra, baseando-se na evidência científica mais recente, incorporando esses conhecimentos na prática diária, incentivando as práticas mais recentes, com vista à inovação e desenvolvimento da profissão de enfermagem como disciplina científica, validada por pesquisas e métodos validados.

A melhoria da qualidade deve ser uma busca pela melhoria continua da organização do serviço onde nos encontramos, mas também pela melhoria da qualidade dos cuidados prestados, ou seja, uma melhoria do potencial funcional (Barata, 2023).

Consequentemente indo ao encontro dos padrões de qualidade, definidos pela Assembleia do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, que visam a excelência da prática da ER, através de ganhos em saúde, prevenção de incapacidades e recuperação das já existentes, com o objetivo da melhoria continua da qualidade (OE, 2018b).

Através da elaboração deste relatório e da revisão integrativa procurei identificar os ganhos sensíveis em saúde e ao nível da mobilidade, resultantes da intervenção do EEER, isto permite identificar a qualidade prática das intervenções prestadas pelos EE.

Ainda procurei ao longo de todos os campos de estágio, adotar uma postura de prevenção de e gestão de riscos, especialmente na prevenção do risco de queda, risco este comum a todos os serviços, facilmente minimizado, através de ensinamentos, instruções e supervisão, assim como a prevenção do risco de disfagia através da avaliação sempre que se mostrava pertinente, domínios previstos nos padrões de qualidade, no âmbito da Bem estar e Autocuidado (OE, 2018b).

O EEER deve adotar uma conduta pró ativa, que garanta um ambiente terapêutico e seguro, conceba planos para redução do risco, fundamentados em intervenções que visem a otimizar e reeducar funções, com o objetivo da promoção da autonomia e qualidade de vida. Isto é previsto também no quadro de competências do EE, no ponto B3 que se refere à e gestão do risco (Regulamento n.º140/2019, 2019).

O desenvolvimento das equipas de profissionais tende ainda a reduzir custos em saúde, através da otimização do trabalho e da minimização do desperdício, conseguida pela uniformização das abordagens e melhoria da tomada de decisão (Hamad et al., 2025).

A implementação de programas de melhoria continua, permite identificar indicadores de qualidade, garantir consistência nas abordagens e cuidados, sendo uma forma de cumprir com a exigência, cada vez maior solicitada nos dias de hoje (Hamad et al., 2025).

Cabe enquanto EE o dever de liderar a equipa em direção a um trabalho que se desenvolva com interdisciplinaridade, onde podem existir protocolos de trabalho conjuntos, onde diferentes classes contribuem e se complementam em prol da melhoria da qualidade dos cuidados (Hamad et al., 2025). Esta colaboração pode trazer também melhorias na comunicação, diminuição de barreiras entre equipas e partilha de responsabilidades sendo motivante e recompensador (Hamad et al., 2025).

A uniformização e implementação de programas de melhoria vai de encontro à organização dos cuidados de enfermagem, ponto 3.8 dos padrões de qualidade dos cuidados do EEER (OE, 2018b) e ao domínio B2 do quadro de competências do EE (Regulamento n.º140/2019, 2019), que o EE assume a responsabilidade de desenvolver projetos de melhoria continua, com a procura da qualidade.

Ainda no domínio da melhoria continua, no ponto B1 do quadro de competências do EE (Regulamento n.º140/2019, 2019), procurei desenvolver a minha prática em concordância com os projetos já implementados nos serviços, integrando a minha aprendizagem e o meu projeto nos protocolos e procedimentos dos mesmos.

Com a obtenção do título de especialista prevê-se a procura continua de conhecimento que acompanhe a evolução técnica e científica constante, através de uma prática baseada na evidência (Ferreira, 2022a).

Existem na literatura várias recomendações sobre a importância do desenvolvimento de pesquisa e implementação das evidências teóricas na prática, como refere Ferreira, et al. (2022a), os especialistas de enfermagem devem fomentar a cultura da pesquisa científica e aplica-la na enfermagem avançada, para desta forma, comprovarem a obtenção de conhecimentos e capacidades para atuar de forma autónoma e diferenciada.

O EE deve ser impulsionador de uma prática de enfermagem avançada, através da promoção de uma conduta fundamentada em evidência científica robusta e recente (Ferreira, 2022a). Pelo que, deste modo, o desenvolvimento de programas de melhoria pode ser uma estratégia, promovendo benefícios ao serviço e doentes, mas também à equipa que procure evoluir, sendo assim um duplo incentivo ao desenvolvimento de projetos.

Nos primeiros dois estágios tive a oportunidade de colaborar, para a articulação dos programas de melhoria continua criados recentemente em ambos nos serviços. Esta experiência permitiu consolidar a minha aprendizagem no âmbito do desenvolvimento de práticas de qualidade e da dinamização dos projetos de ER já implementados, como previsto nos domínios B1 e B3 do quadro competências (OE, 2019a).

No estágio desenvolvido no serviço de cardiologia, pude cooperar no programa de melhoria continua de qualidade, criado e implementado pela EEER, em parceria com médico cardiologista e médica fisiatra. A equipa, desenvolveu 3 protocolos de uniformização de intervenções para que toda a equipa e novos elementos que pudessem vir a integrar, pudessem seguir a orientação conforme as normas estipuladas pelas entidades de referência da área da reabilitação cardíaca. Este processo passou por uma pesquisa científica, que resultou no protocolo de intervenção “Programa de Reabilitação Cardíaca ao Doente Submetido a Cirurgia Cardíaca”, noutro para intervenção de “Reabilitação Cardíaca Fase I ao doente submetido a TAVI” e outro “Programa de Reabilitação Cardíaca intra-hospitalar na pessoa com doença cardíaca isquémica”.

O objetivo geral destes protocolos foi uniformizar os cuidados prestados no âmbito da especialidade de enfermagem de reabilitação a estas patologias. Os objetivos específicos de forma conjunta são: a procura da melhoria funcional e tolerância ao esforço, a prevenção de complicações no pré, intra e pós procedimentos; a readaptação às limitações existentes e à nova condição de doença; a capacitação para a realização de exercício físico adaptado; prevenção de sequelas da imobilização; otimização do regime terapêutico e de exercício; promoção da literacia em saúde. No primeiro e segundo protocolo, inicia-se a avaliação do doente no período pré e pós cirúrgico, o que permite valorizar não intervenção total dos cuidados. Esta avaliação através de escalas de avaliação validadas e testadas, escolhida com base na pesquisa de literatura científica, permite também uma melhoria na criação de registos de enfermagem e aplicação de escalas de avaliação.

As escalas de avaliação mostram-se uma grande mais valia, pois após as intervenções (na cirurgia cardíaca, alguns meses depois), permitia estabelecer uma meta base, consoante os primeiros resultados obtidos, não só do ponto de vista físico, como neurológico. Relembro que numa das situações, esta avaliação teve particular relevância para toda a equipa multidisciplinar, na comparação do estado neurológico de uma das pessoas que terá desenvolvido uma complicação intraoperatória (inerente ao risco cirúrgico).

A criação de protocolos uniformizadores e registos padronizados, é o que permite uma monitorização do trabalho desenvolvido pela equipa de ER, e a monitorização de ganhos em saúde, assim como indicadores de qualidade do serviço. Até à criação dos protocolos

existentes, por esta equipa, não havia monitorização desta área de especialidade, o que consistiu numa melhoria significativa no serviço de cardiologia e na instituição da ULSAC.

No estágio desenvolvido na UAVC também fui incluída para a participação no projeto de Melhoria Contínua dos Cuidados de Enfermagem “Capacitação do Doente com AVC”. Este projeto tem como principal objetivo criar uma análise do contexto e dos problemas existentes, para que a partir daí se possa desenvolver melhorias. Foi assim identificado uma lacuna que facilmente poderia ser colmatada pela equipa de EEER, os cuidados de reabilitação, apenas eram prestados por equipas externas ao serviço, que apenas trabalhavam no período da manhã e apenas nos dias úteis, e com a presença de EEER este aspeto poderia ser colmatado com uma intervenção mais marcada destes enfermeiros, podendo alcançar-se maiores ganhos de funcionalidade destes doentes.

Assim foi definido pela equipa, o objetivo geral “Melhorar a funcionalidade do utente com AVC durante o internamento” e como objetivos específicos de “melhoria da força muscular” e “minimizar o aparecimento da espasticidade”. Deste modo a equipa definiu as escalas de avaliação apropriadas como o Índice de Barthel, a Escala de Avaliação da Força Muscular do Medical Research Council e a Escala de Ashworth modificada. Todos os doentes com alteração de força ou do tônus muscular e com estabilidade hemodinâmica e nível de consciência que permitissem, são integrados no programa. O programa de enfermagem de reabilitação é desenvolvido de forma individual e de acordo com as necessidades identificadas em cada um dos doentes incluídos.

Este projeto foi de encontro ao trabalho que pretendia desenvolver na UAVC, visto que o meu projeto se desenvolvia no âmbito da promoção da mobilidade, assim pude aliar a elaboração do meu relatório de estágio, com a contribuição para o projeto da equipa. Nesse sentido, procedi à recolha dos dados no momento inicial, momento final e trabalhei com os utentes de acordo com os focos e diagnósticos identificados em cada um dos casos.

Estas experiências permitiram-me perceber como é que uma equipa se pode organizar e quais os passos a tomar para o desenvolvimento de projetos inovadores e com relevância para os serviços, para a instituição e para o progresso dos doentes, através de intervenções especializadas do EEER, contribuindo para a excelência dos cuidados e melhoria da qualidade e funcionalidade na vida dos doentes alvo de intervenções.

O terceiro domínio das competências do EE é o “Domínio da Gestão dos Cuidados”, ao longo da especialidade o EE adquire técnicas de liderança e gestão, sendo capaz de otimizar os recursos e a equipa onde se insere, adequando os recursos às necessidades apresentadas (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

No percurso realizado ao longo dos estágios pude estar em contacto com dinâmicas de gestão das diferentes equipas. Enquanto EEER parte da dinâmica de trabalho passa por uma gestão temporal importante, no início do turno de reabilitação deve realizar-se um correto planeamento do mesmo, estabelecendo prioridades e seguindo esse planeamento, para que sejam entregues cuidados a todos aqueles que mais precisem.

Esta gestão do planeamento da intervenção, foi comum a todos os campos de estágio, no estágio realizado na cardiologia, este planeamento era de extrema importância, uma vez que havia apenas uma EEER, assim era necessário dar resposta às consultas e avaliações dos projetos referidos anteriormente, gerir o tempo e a ordem de avaliação dessas pessoas (que na maioria das vezes se deslocavam de outras cidades e muitas vezes de longe), agendar consultas posteriores, e além de toda esta dinâmica planear e implementar as tarefas inerentes ao internamento de cardiologia.

Desta forma todas as manhãs, procedia-se à planificação das tarefas e à avaliação das pessoas que requeriam maiores cuidados da EEER, uma vez que parte significativa do tempo decorria fora do serviço. A otimização dos cuidados, passava pela delegação de tarefas e no trabalho de equipa, sendo que muitos ensinamentos eram transmitidos pelos enfermeiros de cuidados gerais ao longo do internamento.

Neste estágio, foi possível compreender a relevância da gestão e organização dos dados recolhidos, de forma a permitir a sua posterior utilização no desenvolvimento de um projeto, que pode acontecer semanas ou meses mais tarde. Para tal, estes devem estar organizados, de forma simples e sistemática.

Na UHDP, a gestão do tempo era também fundamental para o sucesso do turno. Nesta equipa, existe uma reunião diária, multidisciplinar, onde se estabelecem prioridades e se decide quem visita cada doente. Nesta fase é importante que o EEER defina rapidamente quais são os doentes prioritários a visitar, uma vez que, devido à distância espacial, é difícil prestar cuidados a todos, no mesmo turno. Além disso, em cada visita, as intervenções devem ser cuidadosamente selecionadas, uma vez que estas decorrem na presença de vários elementos da equipa e o tempo de permanência em cada domicílio é reduzido, verificando-se a necessidade de uma boa coordenação da equipa, frequentemente assegurada pelos EEER.

Neste serviço, foi também curioso perceber a dinâmica da gestão de altas e admissões, onde cada elemento da equipa dá a sua opinião e faz a diferença nesta gestão, as patologias, o grau de dependência e a presença de cuidadores são analisados por todos.

A gestão de recursos humanos e materiais foi algo comum a todos os serviços, relativamente aos recursos humanos, sendo que o EE deve desenvolver competências na delegação de tarefas e no incentivo aos restantes enfermeiros de cuidados gerais e equipa de assistentes técnicos, promovendo a prestação de cuidados diferenciados e uniformizados, orientados para a estimulação da independência das AVD, fomentando a autonomia. Considero que esta tarefa é das mais diferenciadoras nas equipas, uma vez que o EEER não assegura a totalidade dos cuidados, sendo apenas através do trabalho em equipa possível atingir o máximo potencial dos cuidados de reabilitação a todos os doentes.

Relativamente aos recursos materiais, todos os recursos necessários para um internamento são contabilizados e analisados, sendo que o EE deve ser capaz de realizar uma gestão adequada dos recursos. No estágio da UAVC, foi possível realizar um turno com o segundo elemento de enfermagem encarregue pela gestão do serviço, o que permitiu obter uma visão das tarefas a realizar, bem como da gestão de recursos materiais e humanos.

Em ER são necessários recursos materiais, que nem sempre se encontram disponíveis, sendo que, é o EEER que solicita novos recursos e materiais, devendo a sua utilidade ser analisada e compreendida, de forma a garantir uma adequada utilização dos recursos existentes, muitas vezes escassos.

No “Domínio do Desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (Regulamento n.º 140/201, 2019, art. 10º), é uma competência que procura o desenvolvimento do autoconhecimento do EE e o desenvolvimento nas relações interpessoais, como a antecipação e gestão de conflitos, assertividade do discurso e a atuação sobre pressão.

Acredito que a realização dos estágios em diferentes contextos clínicos, hospitalar e domiciliário, contribuiu significativamente para o ganho acrescido desta competência, pois exige uma adaptação ao nível relacional aos diferentes padrões comportamentais e à aceitação dos mesmos. O contexto em trabalho domiciliário apresenta uma grande complexidade clínica, o que torna esta adaptação ainda mais crucial. Além disso, a articulação com os diferentes profissionais cria a necessidade adaptação, perceção do outro e assertividade na tomada de decisão.

Os diferentes contextos de prática clínica, por terem sido contextos tão distintos, permitiram-me desenvolver estratégias relacionadas ao meu autoconhecimento, percebi que sou uma pessoa flexível à mudança, com capacidade de me adaptar às diferentes circunstâncias e de fácil adaptação às equipas multidisciplinares.

Trabalhei com diferentes equipas profissionais, requerendo uma adaptabilidade em todas elas, intervimos em conjunto com as equipas médicas, de fisioterapia, colegas enfermagem,

com e sem especialidade, administrativos e técnicos auxiliares de saúde. Esta interação entre diferentes equipas, tinha também dinâmicas diferentes consoantes os serviços e acredito ter conseguido reconhecer até onde era esperada a minha atuação, sem que deixasse de exercer influência nos cuidados, através de uma atitude pautada pela humildade, tranquilidade e assertividade nas intervenções, de forma a transmitir as minhas ideias e conhecimentos específicos, de uma forma eficaz. Foram trabalhadas assim competências do âmbito da comunicação eficaz, trabalho em equipa, valorização de todos as áreas e intervenientes nos cuidados, liderança e delegação de tarefas (Santos, 2021).

No contexto de prestação de cuidados, a comunicação deve ser ajustada ao doente e família e deve existir a perceção de que lidamos com sentimentos e emoções, o EEER deve gerir e otimizar ao longo das intervenções estas emoções, uma vez que é um elemento facilitador no processo das transições decorridas ao longo do processo saúde-doença (Ferreira et al., 2024).

Este quadro de competências refere ainda o processo de aprendizagem baseado na evidência científica, o que é fundamental para a obtenção de resultados credíveis.

Com a elaboração do projeto e do presente relatório, foram desenvolvidas e consolidadas competências no âmbito da investigação científica. A realização do relatório estabelece de forma natural, a relação entre as competências referenciadas no quadro de competências do enfermeiro especialista, com a aplicação das mesmas, através do processo de pesquisa científica recente, baseada em contextos reais, com um objetivo bem definido, junto dos doentes, com todas as condicionantes que surgem num meio não controlado.

Com o desenvolvimento do projeto, com base em literatura científica, procura-se demonstrar e aplicar o conhecimento obtido, fomentado uma atuação prática baseada na evidência, assim como através dos projetos que envolveram pesquisa, podendo ser postos em prática, permitem melhor assimilação a assimilação de competências (Ferreira, et al., 2022).

Ao longo do planeamento e intervenção dos estágios existiu uma procura diária, de forma a fundamentar as intervenções e ensinios realizados, na literatura científica mais recente e direcionada à ER, o que implicou uma pesquisa continua.

7.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

As competências específicas do EEER são segundo o Regulamento n.º 392/2019 (2019), cuidar das pessoas com necessidades especiais ao longo de todo o ciclo de vida, capacitar a

pessoa com deficiência e dificuldade no autocuidado na reinserção da cidadania e maximizar as capacidades da pessoa, dentro destes três grupos são especificados vários pontos mais detalhados pelos quais devemos orientar a nossa conduta.

No quadro de competências, o ponto J1 “Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” (Regulamento n.º 392/2019, 2019, p.13566) diz respeito à avaliação diagnóstica da funcionalidade da pessoa ao nível dos diferentes domínios/ necessidades humanas, através da aplicação de escalas validadas, analisando o impacto, criando diagnósticos de acordo com a individualidade de cada um.

Relativamente às unidades de competência J1.1 “Avalia a funcionalidade e diagnóstica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades”, J1.2, “concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade”, J1.3 “Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade” e J1.4 “avalia os resultados das intervenções implementadas” (Regulamento n.º 392/2019, 2019, p.13566-13567), no decorrer dos estágios foi possível cumprir todas estas unidades de competência.

Em todos os contactos com doentes, de diferentes idades, alterações da funcionalidade, dos diferentes foros (neurológico, ortopédico e cardiorrespiratório) e independentemente do contexto de estágio, sendo ou não participantes para o estudo deste relatório, existiram avaliações com instrumentos validados de forma identificar os focos de atenção necessários, criação de diagnósticos, planeamento de intervenções e a sua implementação.

A realização de uma avaliação adequada, permite a identificação das preferências e prioridades da pessoa, assim como as suas necessidades, bem como as suas limitações. O planeamento cuidados pode ser realizado com vista à otimização da melhoria da funcionalidade dos diferentes domínios afetados. Este processo requer uma avaliação continua, regular e estruturada, para que dela resultem informações pertinentes para a implementação de estratégias de intervenção eficazes (Ferreira, et al., 2025).

Ao longo de toda a prática a segurança foi um aspeto basilar dos cuidados, em todos os campos de estágio, a articulação entre o benefício da reabilitação e possibilidade de risco foram avaliados, nos diferentes contextos.

No contexto de doença aguda, como foi o caso do serviço de cardiologia e UAVC, foi necessário por vezes, existir a necessidade de repensar sessões e até suspender, com vista à segurança dos participantes.

A monitorização de sinais vitais, vigilância ao esforço e feedback das pessoas foram indicadores importantes ao longo do processo, especialmente nestes serviços, em que a alteração de sinais vitais pode ser contraindicação absoluta para a prática dos exercícios de reabilitação. Assim foram continuamente avaliados e controlados para a prevenção de complicações, as sessões foram continuamente adaptadas às capacidades e limitações de cada um, evitando fadiga extrema e a possibilidade de riscos.

Na UAVC, devido aos défices inaugurais a gestão do risco torna-se especialmente importante, sendo que procurei na minha abordagem enquanto EEER, dotar os colegas e técnicos auxiliares de saúde de informações e conhecimentos, de forma a minimizar esses riscos. Alguns momentos de referir foram por exemplo os momentos da alimentação, sendo necessária a avaliação previa do nível de disfagia, para que todos as pessoas fossem alimentadas em segurança, a avaliação sobre os défices motores, nos momentos de mobilização e levantes, de forma a prevenir o risco de queda ou implementação de padrões antispásticos. Estas competências enquadram-se no ponto J1.1 e J1.2 do quadro de competências do EEER, que correspondem à avaliação do risco pelo contexto ou capacidades das pessoas e pela aplicação de planos de intervenção que minimizem esses riscos, no caso o risco de queda (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

A diminuição do risco de queda, encontra-se ainda englobada nos padrões de qualidade, no âmbito da Bem estar e Autocuidado (OE, 2018), sendo que é desejado que o EEER conceba planos para redução do risco, fundamentados em intervenções que visem a otimizar e reeducar funções, com o objetivo da promoção da autonomia e qualidade de vida.

No decorrer dos estágios e tal como fica expresso no relatório, foram realizadas várias avaliações a diferentes pessoas e com diferentes instrumentos de recolha de dados de ER. Com base na avaliação funcional obtida foram depois planeadas intervenções e aplicadas nas diferentes pessoas com quem trabalhei, não só os participantes apresentados no relatório.

Acredito que a escolha de campos de estágio tão variados, contribuiu para um processo um pouco mais exigente, mas, no entanto, muito enriquecedor. Isto por permitir atuar em diferentes contextos, com pessoas com necessidades completamente diferentes.

Além disso pude colaborar com vários outros doentes que não cumpriram os critérios de inclusão, e por isso não foram apresentados neste relatório, mas com os quais desenvolvi

estratégias com vista à otimização da funcionalidade, reeducação cardíaca, sensorial e cognitiva, otimização da sexualidade, otimização da eliminação, entre outros.

Ao nível da reeducação de funções, intervimos junto de doentes do foro respiratório, aplicando intervenções de forma a otimizar a função respiratória, segundo os pontos J1.2.3 e J1.3.2, de forma a alcançar a melhoria dos sintomas ou a alcançar os projetos de saúde idealizados, como junto da participante do estudo (Ferreira, et al., 2025).

Ainda neste quadro de competências implementei programas já definidos de reabilitação cardíaca no serviço de cardiologia, de reabilitação ao nível da mobilidade precoce na UAVC e o próprio programa de mobilidade que desenvolvi nos estágios neurológico e ortotraumático.

No decorrer dos contatos, além da implementação das estratégias, procurei realizar ensinamentos frequentes, de forma a dotar as pessoas de capacidade de execução e independência.

Os focos como conhecimento, aprendizagem de capacidades, capacitação, são utilizados para uma melhor transição de cuidados, como previsto na teoria de Afaf Meleis e considerados nos quadros de competências do EEER (Sousa et al., 2020). Estas competências facilitam o empoderamento da pessoa maximizando as suas potencialidades e podem-se encontrar espelhadas na competência J1.1.4 “identifica fatores facilitadores ou inibidores para a realização de AVDs de forma independente”; J1.1.5 “Avalia os aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição de saúde/doença e ou incapacidade”; J1.1.6 “Avalia o impacto que a alteração da capacidade funcional tem na qualidade de vida e bem estar da pessoa em todas as fases do ciclo vital, com ênfase na funcionalidade e autonomia” (Regulamento n.º 392/2019, 2019, p.13566).

Estas unidades foram sendo desenvolvidas ao longo da abordagem de cada utente de diferentes formas. Recordo situações em que as pessoas após a perceção inicial da sua limitação, apresentavam falta de confiança, desmotivação e tristeza. Esta desmotivação e falta de envolvimento no processo de reabilitação, pode significar uma dificuldade no processo de transição saúde-doença, sendo que o EEER pode intervir junto desta, capacitando-a e ajudando-a a “consciencializar” as mudanças ocorridas, sendo esta uma competência necessária, para posteriormente se dar continuidade ao processo de reabilitação (Sousa et al., 2020).

À semelhança do anteriormente descrito, a explicação do processo, de objetivos e metas atingíveis é fundamental, para a adequação das expectativas das pessoas, relativamente ao tempo e à probabilidade realista de voltar a realizar as suas atividades de vida de forma

normal, como a condução, a sexualidade ou atividades lúdicas que impliquem maior desempenho físico.

A educação para a saúde, é sempre uma estratégia válida, porque entrega ferramentas à pessoa, para que compreendam a realidade vivida e permitindo-lhe tomar decisões de forma autónoma, consciente e informada (Sousa et al., 2020).

Neste âmbito, competência J1.2.2., realizei várias intervenções de educação para a saúde, à cerca de fatores de risco, como o risco de hábitos tabágicos ou estilos de vida sedentários e realização de incentivo à alteração de hábitos de vida, como a implementação de mais atividade física, especialmente nos participantes com mais resistência à mudança.

Esta experiência prática demonstrou a importância fundamental do EEER, no processo de cuidados e durante a recuperação da pessoa com necessidades especiais.

No segundo quadro de competências do EEER, J2 “Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” (Regulamento n.º 392/2019, 2019, p.13567), desenvolvi competências relacionadas com a capacitação da pessoa com limitação nos diferentes domínios.

O EEER tem também um papel muito importante na reinserção social e participação na comunidade. Acredito que o estágio na UHDP foi fundamental para adquirir competências neste âmbito, uma vez que permitiu privilegiar a intervenção ao nível da reinserção da pessoa no seu contexto habitual, com todas as barreiras reais, que muitas vezes são minimizadas e facilitadas no meio hospitalar.

O regresso a casa deve ser planeado desde o início do internamento e o EEER pode ser diferenciador no sucesso do mesmo, através mais uma vez da passagem de conhecimento à pessoa e família, estimulando uma readaptação funcional ao meio em que vai estar no seu dia a dia. Isto consegue-se através de estratégias de adaptação das tarefas ou até mesmo na sugestão de reestruturação dos domicílios “identifica barreiras arquitetónicas”; “orienta para a eliminação das barreiras arquitetónicas no contexto da vida da pessoa e o respeito pelas questões ergonómicas” (Regulamento n.º 392/2019, 2019, p.13567).

Segundo a revisão sistemática de Alves et al. (2024) a reabilitação de enfermagem realizada no domicílio, permite que a população idosa, mantenha maior grau de independência. Este facto facilita a aceitação das estratégias de reabilitação e a adoção de estilos de vida saudáveis. Reuniram-se neste estudo, resultados bastante positivos ao nível do ganho de funcionalidade, de autocuidado e conhecimento. Os autores salientam ainda a importância dos EEER na promoção da saúde, através do aumento da literacia e da implementação de treino físico e cognitivo, durante as intervenções de ER no domicílio.

A intervenção no domicílio permite acima de tudo evitar uma institucionalização dispensável e a reinserção no meio social, minimizando o impacto social da doença, ou do envelhecimento. O retorno ao domicílio é considerado um parâmetro de qualidade, ao nível da Readaptação Funcional, com o planeamento de intervenções de ER para readaptação e otimização do domicílio, e ao nível do Bem Estar e Autocuidado, com o ensino, instrução e treino da pessoa sobre técnicas que promovam o autocuidado nos diferentes contextos (OE, 2018b).

Permite também uma melhor aceitação e motivação da pessoa à reabilitação (Ferreira, et al., 2025) e facilita ainda a avaliação das infraestruturas, permitindo perceber quais as principais dificuldades diárias, criar estratégias de adaptação e treino com vista à autonomia, tornando a transição do regresso a casa mais seguro, como referido em Ferreira et al. (2022b) as limitações que surgem com o avançar da idade, podem ser minimizadas através de uma resposta adequada dos serviços sociais e de saúde.

Neste sentido, foi discutido frequentemente em equipa multidisciplinar a necessidade de adequação de espaços nos domicílios, como melhoria e acessibilidades, as adaptações à disposição do mobiliário, ou necessidade de ajudas técnicas ou dispositivos de apoio (Sousa, et al., 2020), como por exemplo, a implementação do uso de andarilho ou a necessidade de ajustes de um wc, tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa, sendo um marcador de qualidade no âmbito do bem estar e autocuidado (OE, 2018b).

No âmbito da reinserção e exercício da cidadania, durante o mestrado pude participar em algumas atividades que decorreram em Évora, que contaram com a colaboração dos EEER da região, sendo pontes para a adoção de uma consciência social mais inclusiva.

Uma dessas atividades foi a participação no “Portugal AVC” que é uma associação de solidariedade social de sobreviventes de AVC, de ajuda mutua, onde as pessoas que sofreram AVCs e os seus familiares, partilham as suas dificuldades e conquistas com o objetivo de ajudar a viver após o AVC. Neste evento várias pessoas referiram que o convívio, a participação social e os ensinamentos que levam das reuniões são como terapias complementares e essenciais, confirmando a importância da socialização para a qualidade de vida (Kalu et al., 2023), como também referido no padrão de qualidade referente à Promoção da Inclusão Social (OE, 2018b).

Este espaço criado com o objetivo da partilha de informação e convívio, permite a qualquer pessoa que assista, entender um pouco melhor a visão da pessoa com AVC, quais as dificuldades com que se depara, principalmente no regresso a casa e reinserção na sociedade, desde barreiras sociais (como alterações emocionais, o constrangimento comunicacional que surge, a arquitetura como a dificuldade de entrar na sua própria casa,

ou emprego. Foi muito relevante para mim, poder identificar e ouvir o testemunho, de pessoas sobreviventes do AVC, já algumas inseridas na sociedade, a importância e as dificuldades sentidas na sua reintegração na sociedade e no próprio meio familiar.

Este grupo pretende apoiar os sobreviventes de AVC às necessidades sentidas após a ocorrência da doença, mas desempenha também um papel importante na comunidade geral através da dinamização da prevenção do AVC, assim como do reconhecimento do aparecimento do AVC.

O lema deste grupo é “Com AVC a vida não cessa, quanto muito adequa-se”, o que reflete muito a abordagem da ER, acredito que com a dinamização de eventos deste tipo o EEER consegue atenuar o impacto social da doença nas pessoas com incapacidade, contribuir para a inclusão social e dinamizar conhecimentos que permitam à pessoa maximizar o seu desenvolvimento na comunidade.

Esta experiência ajudou-me a compreender um pouco melhor a pessoa com deficiência e as suas dificuldades, o que me permitiu enquadrar melhores os cuidados no decorrer da especialidade. Acredito que com a dinamização deste tipo de eventos, seja possível uma maior sensibilização da comunidade para as dificuldades destas pessoas, e a necessidade de inclusão através da mudança de estruturas arquitetónicas, produtos de apoio mais acessíveis e frequentes e modificação de comportamentos.

Ainda no âmbito da intervenção comunitária, fui convidada e integrada pela equipa de enfermagem de reabilitação da ULSAC a participar na iniciativa “Prevenir para não reabilitar” que decorreu durante um dia, em novembro no Évora Plaza, com o intuito de realizar um rastreio à população, com avaliação da tensão arterial e glicemia, aliado à realização de ensinamentos, identificação de fatores de risco e sinais de alerta e prevenção relativa à prevenção do AVC.

Nesta atividade, a realização dos ensinamentos foi a intervenção principal, promovendo a melhoria da literacia em saúde na população de diferentes idades. Ao longo do rastreio foram detetados alguns casos de eventual necessidade de seguimento, retiradas várias dúvidas e acredito em termos conseguido ter conseguido um impacto significativo num elevado número de pessoas promovendo conhecimento e criando maior proximidade com a comunidade.

Esta intervenção realizada ao nível comunitário, com o objetivo de rastreio e melhoria do conhecimento e literacia da saúde da comunidade, vai ao encontro do referido por Ferreira et al. (2022b), que refere a importância da intervenção comunitária na promoção da saúde e prevenção da doença na população idosa. Esta proximidade e aplicação de estratégias educativas promovem a capacitação e sensibilização da comunidade geral, mudança de

comportamentos e melhoria de estilos de vida, capacitando a pessoa para uma melhor gestão da sua saúde.

Considero muito importante, a realização e participação neste tipo de atividades, pois possibilitam a “capacitação da comunidade para o respeito e integração da pessoa com deficiência”, são exercícios fundamentais para a educação em saúde e eliminação de estigmas sociais (OE, 2018b, p. 15).

De acordo com o quadro de competências previstas no ponto J3 “Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”, realizei ao longo dos estágios avaliações funcionais, aplicando instrumentos de avaliação, realizei o planeamento de intervenções e a sua execução no âmbito do treino respiratório, motor e neurológico, adequando as intervenções às especificidades de cada ambiente.

Procurei em todos os casos, selecionar o tipo de treinos e intervenções, de forma a terem significado para as pessoas com quem trabalhava, identificando as suas prioridades e de forma a colocar a pessoa numa posição central, para garantir uma melhor satisfação e adesão aos tratamentos (Hamad et al., 2025), deste modo trabalhei em programas já desenvolvidos e estabelecidos, implementei também a abordagem que pretendia desenvolver com foco na mobilidade, ajustando continuamente os cuidados.

Em articulação com os doentes e equipas dos serviços, identifiquei necessidades formativas no âmbito de abrangência da ER e procurei estruturar respostas nesse sentido.

Ao longo dos 3 estágios, procurei implementar o programa de mobilização, com exercício físico e de mobilidade articular apresentado anteriormente (Ferreira et al., 2023). De forma a particularizar e adequar as realidades onde estagiei, procurei complementar com alguns suportes e temas adicionais.

No primeiro estágio realizado no contexto do serviço de cardiologia, foi identificado desde o momento inicial, a necessidade de uma check list, simples, que pudesse auxiliar tanto a equipa de enfermagem, como os doentes, com a realização da terapêutica inalatória e utilização de máscara expansora, desta forma resumi através de um panfleto, presente no apêndice I, “10 dicas de utilização da terapêutica inalatória” para que fossem facilmente identificados os cuidados a ter com esta terapêutica e tornar os doente autonomos à altura da alta.

No decorrer deste estágio, um dos doentes após a alta, contactou o serviço para tirar duvidas relativamente aos exercícios que lhe tinha transmitido durante o internamento, além disso, tive também algumas pessoas que procuraram ajuda durante os dias que não me encontrava no serviço e isto fez-me perceber a necessidade de um documento, onde

constassem de forma visual os exercícios que eram ensinados e realizados com os doentes no evento pós EAM, que não corriam riscos e tinham alta clínica, para o início da sua reabilitação no domicílio, criei assim um novo panfleto apresentado no apêndice II “Exercícios de Reabilitação Cardíaca em contexto Pós-Enfarte – Fase Intra-Hospitalar”. Ambos os panfletos foram disponibilizados e realizados de acordo com as normas do serviço, para que pudessem ficar e ser utilizados pela equipa. Desta forma acredito ter contribuído para a satisfação dos doentes e qualidade dos serviços.

No estágio neurológico, no seu decorrer, identifiquei que seria interessante criar um suporte físico, onde estivessem os principais exercícios de mobilidade que pretendia desenvolver com vista à recuperação do movimento e prevenção da espasticidade. Assim, criei com recurso à inteligência artificial, imagens de exercícios de mobilidade, impressas em cartas, para que ao longo das sessões a pessoa pudesse manipular e explorar ao longo dos turnos em que estivesse no internamento, mesmo sem a presença de um EEER, apresentadas no apêndice III.

Já no estágio decorrido na UHDP, entendi que de acordo com o contexto que se viveu durante aqueles meses, em que existiu um aumento do número de casos de gripe com gravidade, a criação de um panfleto informativo, com indicações sobre etiqueta respiratória e exercícios de mobilidade e melhoria da ventilação para realização autónoma no domicílio.

Por último mas não menos importante, o planeamento, elaboração e implementação do programa de mobilidade, aplicado ao longo de todo o percurso, que procurou através da aplicação de exercícios simples maximizar o desempenho motor de idosos com alterações da mobilidade. Ao longo de todo o relatório, ficou clara a importância do treino motor como estratégia do âmbito da ER para estimulação da capacidade funcional (Ferreira, et al., 2025).

Esta competência e objetivo foi concretizado com sucesso, promovendo o alcance do potencial de cada uma das pessoas com quem trabalhei e com vista a atingir não só as competências do EEER mas também elevados padrões de qualidade (OE, 2018b).

Deste modo, o quadro de competências J3, refletiu-se na execução técnica através de programas de treino e reabilitação, integrando o raciocínio clínico pela avaliação e análise de cada situação e pela adequação a vários contextos.

7.3 COMPETÊNCIAS DE MESTRE

De acordo com o Decreto nº65/2018, artigo 15º (2018), o grau de mestre pressupõe a realização de um ciclo de estudo, com base num curso de especialização, apresentando a

realização de uma dissertação, de trabalho de projeto ou estágio com relatório, de acordo com os objetivos estabelecidos, que deve ser defendido a um júri de mestrado.

Ao longo deste percurso de aprendizagem, são desenvolvidas diferentes capacidades, entre elas, a capacidade de compreender, desenvolver e aprofundar conhecimentos previamente adquiridos, através do domínio da pesquisa e criação de literatura científica, de forma a aprofundar esses conhecimentos e criar novos (Decreto nº65/2018, 2018).

Neste percurso o mestrando, deve ser capaz de integrar os conhecimentos obtidos, e reproduzi-los ou aplica-los em contextos distintos, reais e complexos, adequando-se às necessidades e contextos, com vista à procura de soluções.

São também requeridos o ganho de competências ao nível da capacidade de reflexão sobre responsabilidade ética e social ao longo do curso e do percurso profissional.

O aluno de mestrado deverá ser capaz de demonstrar a capacidade de comunicar conclusões, conhecimentos e raciocínios, que adquira ao longo do processo de aprendizagem, processo este autónomo.

A título pessoal, ao longo do meu curso de mestrado, no decorrer dos semestres teóricos, adquiri conhecimentos basilares para a atuação em estágio enquanto EEER, estes conhecimentos foram sendo consolidados ao longo do tempo, através de pesquisa e desenvolvimento trabalho teórico, resultando em revisões da literatura desenvolvidas, consoante os temas de enfermagem das unidades curriculares.

Foi nesta fase iniciado o processo de criação do projeto a implementar, baseado em pesquisa de literatura científica, validando a sua pertinência e adequação ao mestrado, especialidade e população com quem iria trabalhar, este foi um momento de reflexão crítica intensa, em que avalei a capacidade que teria de responder à problemática que propunha.

Ao longo dos estágios e no desenvolver do projeto e relatório, a integração dos conhecimentos adquiridos foi conseguida através da necessidade de resolver problemas reais, dificuldades.

Nas competências gerais do enfermeiro a comunicação deve ser eficaz e fundamentada, faz parte das funções, o que se acentua com o desenvolvimento da especialidade. A comunicação do EE, deve ser esclarecedora, para todos os profissionais, com decisões, opiniões e intervenções que devem ser fundamentadas.

No capítulo quinto deste relatório, foi desenvolvida uma revisão integrativa da literatura, com o rigor metodológico de artigo científico.

A conclusão e exposição de todas as capacidades adquiridas, pretende ficar demonstrada com a elaboração deste relatório.

CONCLUSÃO

A tendência acentuada do envelhecimento demográfico, é motivo de preocupação, uma vez que à maior longevidade está associada a uma maior propensão de doenças crónicas e incapacidades funcionais, com implicações ao nível da dependência na realização de AVDs e impacto na qualidade de vida.

Com o surgimento do declínio funcional, existem capacidades que gradualmente vão sendo comprometidas, tendo um impacto significativo ao nível da mobilidade.

A mobilidade é a capacidade que permite à pessoa deslocar-se pelo meio, e desempenhar do autocuidado de forma independente. O seu comprometimento é comum no processo de envelhecimento, mas pode ser retardado e quando acontece, há diminuição de autonomia nas AVDs, fomentando ainda mais o descondicionamento físico, uma tendência para o isolamento social, maior fragilidade e ainda declínio cognitivo.

Deste modo, a preservação, manutenção e recuperação da mobilidade é fundamental para um envelhecimento ativo, constituindo uma área prioritária da intervenção do EEER, de forma a prevenir o declínio funcional, maximizar as capacidades dos idosos, promovendo a sua independência.

Este projeto de intervenção, que teve como objetivo a aquisição de competências específicas e a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Reabilitação e de Mestre, através da aplicação de um programa de enfermagem de reabilitação, com vista à obtenção de ganhos em saúde na população idosa, com alterações da mobilidade.

Para a elaboração do projeto de intervenção e para o planeamento das intervenções a aplicar, foi realizada uma continua pesquisa de evidência científica recente, e realizada uma revisão integrativa da literatura, cuja questão de investigação, procurava determinar os ganhos obtidos através intervenções de reabilitação, no padrão de mobilidade em idosos.

O programa aplicado, foi um programa de mobilidade, composto por exercícios simples, facilmente replicados, com foco no ganho de mobilidade articular, força muscular, equilíbrio e melhoria da funcionalidade.

Para verificação da eficiência do programa desenvolvido, os participantes foram avaliados num momento inicial e na ultima sessão. Os resultados obtidos foram positivos em todos os domínios trabalhados, considerando-se a mobilidade como o eixo central de um envelhecimento saudável.

Através da pesquisa científica realizada para a revisão integrativa da literatura, em complementaridade com o estudo, verificaram-se ganhos adicionais em saúde, não contemplados no programa, como melhoria da qualidade de vida, melhorias cognitivas, sociais e de autoestima, decorrentes da aplicação das metodologias de exercício semelhantes à realizada, no entanto, com necessidade de maior tempo de aplicação, sendo assim possível supor, que uma aplicação continua do programa de mobilidade desenvolvido.

A implementação do programa de intervenção profissional, permitiu o planeamento e a construção de um programa de reabilitação. Na prática a sua implementação, avaliação de resultados e monitorização continua dos participantes, contribuíram para a aquisição de competências enquanto EE através do desenvolvimento do raciocínio clínico, prática reflexiva, desenvolvimento de uma atitude crítica. Enquanto EEER foram adquiridas competências no âmbito da avaliação da funcionalidade, planeamento e aplicação de um programa de mobilidade, promoção em saúde, treino de AVDs, adaptação ao domicílio, permitindo ainda dar resposta à melhoria continua dos serviços e satisfação dos participantes, assegurando os padrões de qualidade definidos pela OE.

A escolha da realização de estágios em diferentes contextos, assim como o facto de me propor a visitar outros serviços, permitiu o contacto com diferentes equipas e profissionais de reabilitação, onde neste seguimento surgiram atividades no âmbito da reabilitação, onde se possibilitou, de forma mais completa a aquisição de competências enquanto EE e EEER, nomeadamente, nas diferentes áreas de intervenção, cardiorrespiratória, neurológica e ortotraumática.

Durante todo o percurso, não só no decorrer do programa, foram cumpridos os princípios éticos e deontológicos, mantendo sempre presentes princípios basilares como a dignidade humana, autonomia e liberdade de escolha.

Este relatório contribuiu para o desenvolvimento do ganho de competências de grau de Mestre, na medida em que foi necessário a mobilização de conhecimentos adquiridos na componente teórica do mestrado, a sua integração na prática clínica, na elaboração do relatório, potenciando a produção e desenvolvimento de conhecimento, assim como a discussão de resultados e a comunicação de conclusões.

A nível pessoal a consolidei capacidades como a empatia, desconstrução de preconceitos, gestão temporal, sentido de organização de dados, sentido de responsabilidade para com as equipas, doentes e comigo própria, assim como o ímpeto ao desenvolvimento pessoal e profissional.

As principais dificuldades e limitações ao longo deste percurso foram o reduzido período temporal, para a aplicação do programa, que dificulta a obtenção de resultados e o reduzido número da amostra.

Consideraram-se atingidos os objetivos propostos no início do mestrado e deste relatório, em especial, a realização de um mestrado com especialidade integrada, o ganho de conhecimentos ao nível da reabilitação funcional e motora, bem como a aprendizagem de capacidades que permitam uma diferenciação de cuidados e que contribuam para a aceitação e autonomia daqueles que mais precisam.

REFERÊNCIAS

- Alves, E., Gonçalves, C., Oliveira, H., Ribeiro, R., & Fonseca, C. (2024). Health-related outcomes of structured home-based rehabilitation programs among older adults: A systematic literature review. *Heliyon*, 10(15). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e35351>
- American College of Sports and Medicine [ACSM]. (2022). *ACSM Guidelines for Exercise Testing and Prescription* (11.^a ed.).
- American Psychological Association [APA]. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association: The Official guide to APA style* (7th ed).
- Apóstolo, J. L. (2012). Instrumentos para Avaliação em Geriatria. Rede Alumni da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. https://www.researchgate.net/publication/291332357_Instrumentos_de_Avaliacao_Geriatrica
- Araújo, P., Soares, A., Ribeiro, O., & Martins, M. M. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação para a pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema nervoso. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação—Conceções e Práticas* (pp.164-233). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., & Jordan, Z. (2024). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. <https://doi.org/https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-01>
- Barata, L. (2023). A Aquisição e Desenvolvimento de Competências ao Longo da Vida Profissional - A Importância da Formação Continua. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 123–135). Lusodidacta.
- Cabo, C. A., Tomas-Carus, P., Fernandes, O., Parraca, J. A., & Espada, M. C. (2025). The role of physical exercise in enhancing Health, quality of life and joy among older adults. *Scientific Reports*, 15(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-025-26683-w>
- Cao, B. F., Zhou, R., Chen, H. W., Liang, Y. Q., Liu, K., Fan, W. D., Huang, R. D., Huang, Y. N., Zhong, Q., & Wu, X. B. (2024). Association between Mobility Limitations and Cognitive Decline in Community-Dwelling Older Adults: The English Longitudinal Study of Ageing. *Gerontologist*, 64(12). <https://doi.org/10.1093/geront/gnae139>

- Chan, S. (2022). Hospitalização domiciliária, uma alternativa ao internamento convencional. *Medicina Interna*, 29(1), 53–56. <https://doi.org/10.24950/rspmi.2022.01.288>
- Cordeiro, M. do C. O., & Menoita, E. C. P. C. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, princípios e técnicas*. Lusociência.
- Couto, G., Silva, R. P., Mar, M. J., & Gomes, B. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso do sistema cardiorrespiratório. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação—Conceções e Práticas* (pp.234-280). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Dias, S., & Gama, A. (2019). *Introdução à Investigação Qualitativa em Saúde Pública* (Edições Almedina, Ed.).
- Decreto-Lei n.º 71/2019, de 27 de maio (2019). Diário da República n.º 101, Série I de 2019-05-27. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/71-2019-122403266>
- Decreto nº 65/2018, Presidência de Conselho de Ministros (2018). Diário da República n.º 157, Série I de 2018-08-16. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
- Despacho n.º 9323-A/2018, de Setembro (2018). Diário da República n.º 191, 1º Suplemento, Série II de 2018-10-03. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9323-a-2018-116587923>
- Dobarrio-Sanz, I., Chica-Pérez, A., López-Entrambasaguas, O. M., Martínez-Linares, J. M., Granero-Molina, J., & Hernández-Padilla, J. M. (2024). Promoting the empowerment and emancipation of community-dwelling older adults with chronic multimorbidity through a home visiting programme: A hermeneutical study. *BMC Nursing*, 23(1), 444. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02117-2>
- Elsamahy, E. A., & Ebied, E. M. E. (2024). Effect of Educational Nursing Intervention on Functional Mobility and Quality of Life Among Elderly Patients With Parkinson’s Disease. *Journal of Tianjin University Science and Technology*. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.12736527>

- European Observatory on Health Systems and Policies [OCDE]. (2023). *Portugal: Perfil de saúde do país 2023*. Bruxelas. https://health.ec.europa.eu/document/download/8d1d3312-3b3b-4e83-9ef3-44d7707a0821_en?filename=2023_chp_pt_portuguese.pdf&prefLang=pt
- Faria, A. D. C. A., Martins, M. M. F. P. S., Ribeiro, O. M. P. L., Ventura-Silva, J. M. A., Fonseca, E. F., Ferreira, L. J. M., & Laredo-Aguilera, J. A. (2023). Effect of the Active Aging-in-Place–Rehabilitation Nursing Program: A Randomized Controlled Trial. *Healthcare*, 11(2), 276. <https://doi.org/10.3390/healthcare11020276>
- Ferreira, R., Sousa, L., Nobre, C., Nunes, A. C., Fonseca, C., Ferreira, O., & Baixinho, C. L., (2022a). O Desenvolvimento de Competências de Investigação na Formação Pós Graduada em Enfermagem. *Education Sciences*, 12(2), 78. <https://doi.org/10.3390/educsci12020078>
- Ferreira, R., Baixinho, C.L., Ferreira, Ó. R., Nunes, A.C., Mestre, T., & Sousa, L. (2022b). Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças em Idosos: A Perspectiva dos Estudantes de Enfermagem. *Journal of Personalized Medicine*, 12 (2), 306. <https://doi.org/10.3390/jpm12020306>
- Ferreira, R., Fernandes, N., Bico, C., Bonito, A., Moura, C., Sousa, L., Baixinho, C. L., & Fonseca, C. (2023). The Perspective of Rehabilitation Nurses on Physical Exercise in the Rehabilitation of Older People in the Community: A Qualitative Study. *Journal of Functional Morphology and Kinesiology*, 8(4). <https://doi.org/10.3390/jfmk8040163>
- Ferreira, R., Horta, C., Moutinho, J., Luz, O. B., Pereira, P., Sousa, L., & Baixinho, C. L. (2025). Rehabilitation of Elderly Individuals with Frailty Syndrome. Preprints. <https://doi.org/10.20944/preprints202507.1738.v1>
- Ferreira, R., Pedrosa, A.R., Reis, N., Sousa, L., Nicolau, C., Ferreira, B., Rocha, B., & Baixinho, C.L. (2024). Transitional care for older persons with need of geriatric rehabilitation nursing interventions. *BMC Nurs* 23, 376. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02050-4>

- Ferreira, R., Sousa, L., Nobre, C., Nunes, A. C., Fonseca, C., Ferreira, Ó., & Baixinho, C. L. (2022). The Development of Research Skills in Nursing Postgraduate Training. *Education Sciences*, 12(2), 78. <https://doi.org/10.3390/educsci12020078>
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Lusodidacta.
- Genç, F., Z., & Bilgili, N. (2023). The effect of Otago exercises on fear of falling, balance, empowerment and functional mobility in the older people: Randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Practice*. <https://doi.org/10.1111/ijn.13194>
- 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>
- Glasgow, I. N. S. N. G. & Clyde. (2015). *Escala de Coma de Glasgow*. <https://www.glasgowcomascale.org/downloads/GCS-Assessment-Aid-Portuguese.pdf>
- Gomes, B., Ferreira, D. (2017). Reeducação da Função Respiratória. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 253-262). Lusodidacta.
- Hamad, A. R. N., Mohammed, A. O. W., Mohammed, A. N., Sarhan, A. A. M., & Amer, A. M. A. (2025). Quality Improvement in Nursing Care: A Comprehensive Review of Strategies and Interventions. *International Journal of Development Research*, 67523–67527. <https://doi.org/10.37118/ijdr.29194.01.2025>
- Hartweg, D. L., & Metcalfe, S. A. (2022). Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory: Relevance and Need for Refinement. *Gage journals*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34939484/>
- International Council of Nurses, [ICN]. (2016). CIPE Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Edição Portuguesa. Lusodidacta
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2025a). Dia Internacional do Idoso. <https://www.ine.pt>
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2025b). Dia Mundial da População. <https://www.ine.pt>

- Izquierdo, M., Merchant, R. A., Morley, J. E., Anker, S. D., Aprahamian, I., Arai, H., Aubertin-Leheudre, M., Bernabei, R., Cadore, E. L., Cesari, M., Chen, L. K., Barreto, P. de S., Duque, G., Ferrucci, L., Fielding, R. A., García-Hermoso, A., Gutiérrez-Robledo, L. M., Harridge, S. D. R., Kirk, B., ... Singh, M. F. (2021). International Exercise Recommendations in Older Adults (ICFSR): Expert Consensus Guidelines. *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 25(7), 824–853. <https://doi.org/10.1007/s12603-021-1665-8>
- Jofré-Saldía, E., Villalobos-Gorigoitia, Á., Cofré-Bolados, C., Ferrari, G., & Gea-García, G. M. (2023). Multicomponent Training in Progressive Phases Improves Functional Capacity, Physical Capacity, Quality of Life, and Exercise Motivation in Community-Dwelling Older Adults: A Randomized Clinical Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 2755. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032755>
- Kalu, M. E., Bello-Haas, V. D., Griffin, M., Boamah, S. A., Harris, J., Zaide, M., Rayner, D., Khattab, N., Bhatt, V., Goodin, C., Song, J. W., Smal, J., & Budd, N. (2023). Physical mobility determinants among older adults: A scoping review of self-reported and performance-based measures. Em *European Journal of Physiotherapy* (Vol. 25, Número 6, pp. 360–377). Taylor and Francis Ltd. <https://doi.org/10.1080/21679169.2022.2153303>
- Kalu, M. E., Bello-Haas, V. D., Griffin, M., Boamah, S., Harris, J., Zaide, M., Rayner, D., Khattab, N., Abraham, S., Richardson, T. K., Savatteri, N., Wang, Y., & Tkachyk, C. (2022, julho). Cognitive, psychological and social factors associated with older adults' mobility: A scoping review of self-report and performance-based measures. Em *Psychogeriatrics* (Vol. 22, Número 4, pp. 553–573). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1111/psyg.12848>
- Lei n.º 8/2024, de 19 de janeiro. (2024). *Terceira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. (2024). Diário da República n.º 14, Série I de 2024-01-19. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/8-2024-837135328>
- Lei n.º 7/2026, de 25 de fevereiro. *Estatuto da Pessoa Idosa*. (2026). Diário da República n.º 39, Série I de 2026-02-25. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/7-2026-1060523842>

- Lobo, A. F. R., & Palma, T. M. R. (2024). A Promoção do Autocuidado na Pessoa em Processo de Transição. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 10(11), 5156–5170. <https://doi.org/10.51891/rease.v10i11.16910>
- Lobo, A. F. R., Palma, T. M. R., Bule, M.J., Ferreira, R.F., Vieira, J. V. (2025). Promovendo a Independência de Pessoas com Deficiência de Mobilidade: Uma Revisão do Escopo. In: Pinho, LG, Fonseca, C., Moguel, E. (eds) *Gerontechnology VI. IWOOG 2024. Notas de aula em Bioengenharia*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-031-87729-2_10
- Lopes, D. G., Mendonça, N., Henriques, A. R., Branco, J., Canhão, H., & Rodrigues, A. M. (2023). Trajectories and determinants of ageing in Portugal: Insights from EpiDoC, a nationwide population-based cohort. *BMC Public Health*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16370-8>
- Lourenço, M., Faria, A., Ribeiro, R., & Ribeiro, O. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema musculoesquelético. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação—Conceções e Práticas* (pp.281-329). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Matos, M. D. F., G., & Simões, J. A. G. (2020). Enfermagem de reabilitação na transição da pessoa com alteração motora por AVC: Revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 11–19. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.2.5770>
- Mejía, D. A. R. A., & López, V. I. E. (2024). Nursing intervention for physical mobility in older adults. *Salud, Ciencia y Tecnología*, 4, 586. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2024586>
- Mesquita, E. M. (2023). A Short Guide on How to Carry Out Validation of Scales Measuring Health Outcomes. *Acta Medica Portuguesa*, 36(11), 695–697.
- Mujawar, S. R., Zagade, T., & Naregal, P. (2023). Impact of Mild-Level Exercises on Gait, Balance, and Functional Status to Prevent Fall among Elderly in Selected Areas of Belagavi District, Karnataka: A Pilot Study. *Journal of Datta Meghe Institute of Medical Sciences University*, 18(4), 682–687. https://doi.org/10.4103/jdmimsu.jdmimsu_209_23

Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação de enfermagem*. www.ess.ips.pt

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas—Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade—Posicionamentos, transferências e treino de deambulação*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8897/gobp_mobilidade_vf_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015a). *Deontologia Profissional de Enfermagem*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015b). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2017). *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 [OE]. (2018a). *Bilhetes de identidade dos indicadores que integram o core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5443/enfermagemreabilitacao.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2018b). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Assembleia do Colégio da Especialidade de Reabilitação: Lisboa.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5682/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf

Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2025). *Ageing and health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2020a). *Atenção Integrada para a Pessoa Idosa (ICOPE) - Orientações sobre a avaliação centrada na pessoa e roteiros para a atenção primária*.
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/51974>

- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2020b). *Década do Envelhecimento Saudável: Relatório de Linha de Base*. <https://www.paho.org/pt/documentos/decada-do-envelhecimento-saudavel-relatorio-linha-base-0>
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2020c). *Diretrizes da OMS para a Atividade Física e Comportamento Sedentário*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/9e776de6-adc7-46c1-936f-6dd2bb4f7373/content>
- Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura [UNESCO]. (2005). *Declaração universal sobre bioética e direitos humanos*. (2005). https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE]. (2023). *Portugal: Perfil de saúde do país 2023*. https://health.ec.europa.eu/document/download/8d1d3312-3b3b-4e83-9ef3-44d7707a0821_en?filename=2023_chp_pt_portuguese.pdf&prefLang=pt
- Regulamento n.º140/2019, de 6 de fevereiro, Diário da República n.º 26, Série II de 2019-02-06
Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, (2019). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º392/2019, de 3 de maio, Diário da República n.º 85, Série II de 2019-05-03.
Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, (2019). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>
- Reis, G., Bule, M. J., Sousa, L. M. M., Vieira, C. M., & Ribeiro, O. (2021). Enfermagem de reabilitação na idade adulta e velhice. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação—Conceções e Práticas* (pp.154-164). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024, de 12 de janeiro, Diário da República n.º 9, Série I de 2024-01-12. (2024). Plano de Ação do Envelhecimento Ativo e Saudável 2023-2026. Diário da República <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/14-2024-836495389>

- Ribeiro, O., Faria, A., & Ventura, J. (2021a). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação, classificações e sistemas de informação. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação—Conceções e Práticas* (pp.58-66). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Ribeiro, O., Moura, M. I., & Ventura, J. (2021b). Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação—Conceções e Práticas* (pp.48-57). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Santos, M. (2021). A Gestão e a Liderança em Serviços de Enfermagem de Reabilitação. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação—Conceções e Práticas* (pp.164-233). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Santos, J., t., Campos, C. M., S., & Martins, M. M. (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/10.33194/rper.2020.v3.n2.6.5799>
- Santos, B., Ramos, A., & Fonseca, C. (2017). Da formação à prática: Importância das Teorias do Autocuidado no Processo de Enfermagem para a melhoria dos cuidados. *Journal of Aging & Innovation*. <https://rdpc.uevora.pt/bitstream/10174/22960/1/6-Autocuidado-forma%C3%A7%C3%A3o.pdf>.
- Serviço Nacional de Saúde [SNS]. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030*.
https://pns.dgs.pt/files/2023/02/PNS2021-2030_Saude-da-Populacao-em-Portugal.pdf
- Serviço Nacional de Saúde [SNS]. (2025). Prevenção de infeções respiratórias.
<https://www.sns24.gov.pt/pt/tema/prevencao-e-cuidados-de-saude/prevencao-de-infecoes-respiratorias>
- Sousa, L. M. M., 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>
- Vieira, C. M., Amaral, T., & Sousa, P. P. (2023a). Contributos para um envelhecimento ativo.

In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 123-135). Lusodidacta.

Vieira, C. M., Sousa, L., & Braga, R. (2023b). Reabilitar a Pessoa com Acidente Vascular Cerebral.

In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 465-475). Lusodidacta.

Vilelas, J. (2022). *Investigação—O Processo de Construção do Conhecimento* (L. Sílabo, Ed.; 3ª).

Yang, H., Li, J., Shan, W., Ren, S., Chai, X., Lu, J., Yan, H., & Lu, Y. (2025). The effect of different exercise modalities on older adults' quality of life: An assessor-blinded randomized controlled trial. *Scientific Reports*, 15(1), 26177. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-11047-1>

Wołoszyn, N., Wiśniowska-Szurlej, A., Grzegorzczak, J., & Kwolek, A. (2021). The impact of physical exercises with elements of dance movement therapy on the upper limb grip strength and functional performance of elderly wheelchair users living in nursing homes – a randomized control trial. *BMC Geriatrics*, 21(1), 423. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02368-7>

Zhang, M., & Zhong, L. (2025). Assessing the Impact of Frailty Interventions on Older Patients With Frailty. *Current Therapeutic Research*, 102, 100769. <https://doi.org/10.1016/j.curtheres.2024.100769>

Zhuo, Y., Qu, Y., Wu, J., Huang, X., Yuan, W., Lee, J., Yang, Z., & Zee, B. (2021). Estimation of stroke severity with National Institutes of Health Stroke Scale grading and retinal features: A cross-sectional study. *Medicine*, 100(31), e26846. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000026846>

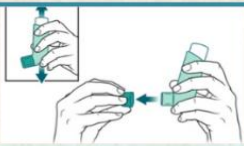
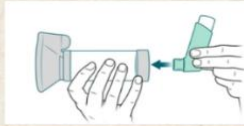
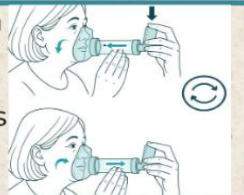
APÊNDICES

**APÊNDICE I – PANFLETO REALIZADO NO CONTEXTO DE ESTÁGIO DE
CARDIOLOGIA: “10 DICAS DE UTILIZAÇÃO DA TERAPÊUTICA INALATÓRIA”**

Figura 20 - Panfleto realizado no contexto de estágio de Cardiologia: “10 dicas de utilização da terapêutica inalatória”

10 Dicas para a utilização da terapêutica inalatória



- 1 Se mais que um medicamento, confirmar a ordem correta de execução
- 2 Indicar à pessoa para adotar posição sentada ou em pé
- 3 Agitar vigorosamente o inalador na posição vertical e retirar a tampa
- 4 Adaptar o inalador à câmara expansora na posição vertical, fazendo o formato de L
- 5 Pedir à pessoa para realizar uma expiração lenta
- 6 Adaptar a câmara expansora à face da pessoa, colocar o 1º dedo na base do inalador e o 2º dedo pressiona a parte superior do inalador, pedir à pessoa para inspirar de forma lenta e profunda, coordenar a inspiração com a ativação do inalador
- 7 Manter a máscara adaptada e realizar entre 5 a 10 ciclos respiratórios. Repetir o processo o número de vezes necessários para completar a prescrição
- 8 Na utilização da câmara expansora, durante a inspiração, não é suposto ouvir sons ou apitos além dos sons respiratórios
- 9 Em caso do inalador ser corticosteroide, lavar a cavidade oral e a face
- 10 O bucal do inalador deve ser limpo com um pano seco a cada utilização, a câmara expansora deve ser limpa uma vez por semana com água quente e sabão e ser deixada a secar ao ar

Referências Bibliográficas.

- Direção Geral de Saúde. (2013). Orientação 010/2013: Utilização de Dispositivos Simples em Aerosolterapia.
- Direção Geral de Saúde. (2017). Orientação: 010/2017 Ensino e Avaliação da Técnica Inalatória na Asma.

Elaborado no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação por:
Enfermeira EER Ana Narra
Enfermeira Rita Guerrinha

APÊNDICE II – PANFLETO REALIZADO NO CONTEXTO DE ESTÁGIO DE CARDIOLOGIA: “EXERCÍCIOS DE REABILITAÇÃO CARDÍACA EM CONTEXTO PÓS-ENFARTE – FASE INTRA-HOSPITALAR”

Figura 21 -Panfleto “ Exercícios de Reabilitação Cardíaca em Contexto Pós-Enfarte - Fase Intra Hospitalar

Alongamento muscular 10-20 segundos cada exercício  CAMINHADA Realizar num terreno plano, a um ritmo vigoroso mas confortável, começar com 5 minutos por dia e ir progredindo gradualmente ao longo do tempo, sendo que o desejável, são 30 minutos de caminhada diária. Este plano não substitui o programa de reabilitação cardíaca fase 2 Estes exercícios são indicados para os primeiros dias pós-enfarte. Qualquer incremento de exercício deve ser após recomendação médica e orientado por profissionais.	 Se tiver alguma dúvida, deve procurar esclarecê-la junto dos profissionais de saúde. Deve seguir as recomendações médicas e de enfermagem e, acima de tudo, cumprir a medicação prescrita. Família/ Visitante Colabore connosco !!! As indicações do profissionais devem ser cumpridas SERVIÇO DE CARDIOLOGIA - ULSAC Elaborado no âmbito do Mestrado de Enfermagem em Reabilitação por: Enfª EER Ana Narra Enfª Rita Guarrinha	 Exercícios de Reabilitação Cardíaca Pós Enfarte Fase Intra-Hospitalar  ÉVORA, JUNHO DE 2025
--	--	---



O que deve saber ?

Este plano de exercícios, é uma sugestão de movimentos seguros, para realizar após um evento cardiovascular.

Cada pessoa é diferente e tem graus de tolerância e de esforço diferentes!

O objetivo não é cansar mas sim mobilizar o corpo de forma tranquila.



Devem ser realizados 2x por dia.

Apenas com o peso do corpo

Iniciar com:
5 repetições + 5 repetições e
progredir até as:
10 repetições + 10 repetições

Boa Recuperação!

Extensão/ flexão do ombro



Adução / Abdução do braço



Extensão/ flexão do braço



Extensão/ flexão da perna



Extensão/ flexão da coxa



Adução / Abdução da perna



“Bicos de pés”/ apoio de calcanha-



Agachamento



Fonte – Elaboração Própria baseado em (OE,2020).

APÊNDICE III – JOGO DE CARTAS REALIZADO CONTEXTO DE ESTÁGIO NEUROLÓGICO NA UAVC: “PLANO DE EXERCÍCIOS DE MOBILIDADE PARA A PESSOA PÓS-AVC – FASE AGUDA ”

Figura 22 - Plano de Exercícios de Mobilidade para a Pessoa Pós- AVC em fase aguda



Fonte – Elaboração Própria com recurso a ferramentas de IA

APÊNDICE IV – PANFLETO REALIZADO NO CONTEXTO DE ESTÁGIO DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA POLIVALENTE: “GUIA ORIENTADOR DE ETIQUETA RESPIRATÓRIA”

Figura 23 - Panfleto "Guia Orientador de Etiqueta Respiratória



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALENTEJO CENTRAL

Unidade de Hospitalização
Domiciliária Polivalente

Guia Orientador de Etiqueta Respiratória



O vírus da gripe é transmitido através de gotículas, através de tosse, espirros e pela fala ou através do contacto de superfícies contaminadas com secreções.
É importante proteger quem se encontra perto de nós com gestos simples.

Recomendações

- Cobrir o nariz e a boca com lenços de papel ao tossir e espirrar, se não tiver um lenço de papel, espirrar para a dobra do braço/cotovelo e **NUNCA** para a mão.
- Lavar/ desinfetar frequentemente as mãos e objetos/superfícies.
- Manter distanciamento social e utilizar máscara em caso de proximidade.
- Arejar os espaços fechados, manter janelas abertas alguns minutos.

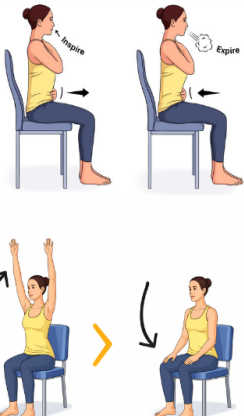
O controlo respiratório e um posicionamento adequado, melhoram as trocas gasosas e aliviam sintomas como a falta de ar.

1º - Adotar uma posição de conforto, sentar com as costas direitas e pés apoiados, de forma a que os joelhos fiquem a 90º, braços de preferência apoiados para expandir o tórax

2º- Tomar consciência da respiração, inspirar pelo nariz, enquanto expira devagar pela boca com os lábios semi-cerrados, repetir 5 a 10 vezes

3º - Respiração abdominal, inspirar usando os músculos abdominais, tentando reduzir o movimento do tórax (peito), repetir 5 a 10 vezes

4º - Elevação dos braços, enquanto inspira pelo nariz, segurar o ar por um segundo e descer os braços, enquanto expira devagar pela boca, repetir 5-10 vezes





UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALENTEJO CENTRAL

Unidade de Hospitalização
Domiciliária Polivalente

Guia Orientador de Etiqueta Respiratória

5º - Tosse, inspirar fundo e expirar com a boca aberta, de uma vez só e com força, como se tentasse embaciar um vidro, usar os músculos abdominais para expirar com mais força, repetir 1 a 2 vezes.

Os seguintes exercícios, são uma sugestão de movimentos seguros, para realizar na fase de recuperação.

Cada pessoa é diferente e tem graus de tolerância e de esforço diferentes!

O objetivo não é cansar mas sim mobilizar o corpo de forma tranquila.

Realizar cada um dos seguintes exercícios, 5 a 10 vezes.



6º - Sentar numa cadeira e elevar os joelhos alternadamente

7º - Levantar e sentar na cadeira



8º - Afastar ambos os braços à altura dos ombros

Boa Recuperação!

Elaborado no âmbito do Mestrado de Enfermagem em Reabilitação por:
Enfª EER Elsa Pires
Enfª EER João Rocha
Enfª Rita Guerrinha

• Serviço Nacional de Saúde 24. (2025, 15 de abril). Prevenção de infeções respiratórias. <https://www.sns24.gov.pt/pt/tema/prevencao-e-cuidados-de-saude/prevencao-de-infecoes-respiratorias>
• Gomes B, Ferreira D. Reeducação da Função Respiratória. In C. Marques-Vieira; L. Sousa (Eds.). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida. Loures: Lusodidata. 2017: 253 – 262

Fonte - Elaboração própria, baseado em SNS (2025) e Gomes & Ferreira (2017).

**APÊNDICE V - QUESTIONÁRIO DE COLHEITA DE DADOS
AVALIAÇÃO INICIAL**

Questionário de colheita de dados

Avaliação inicial

Identificação de participante:

Data:

Data de admissão:

Dias de internamento:

Sexo:

Idade:

Estado civil:

Agregado Familiar:

Profissão:

Prática de exercício físico:

Antecedentes Pessoais/ comorbilidades (incluir hábitos tabágicos/alcoólicos):

Diagnóstico Atual:

História de doença Atual:

Sinais vitais:

Exame neurológico:

Instrumentos de recolha de dados:

- Índice de Barthel
- Teste de Tinetti
- Escala de Força de Medical Research Council Muscle Scale
- Borg

ANEXOS

ANEXO I - ÍNDICE DE BARTHEL

Tabela 9 - Índice de Barthel

Índice de Barthel		Pontuação
Alimentação	Independente – 10	10
	Necessita de alguma ajuda (Por exemplo para cortar os alimentos) – 5	5
	Dependente – 0	0
Transferências	Independente	15
	Precisa de alguma ajuda	10
	Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	5
	Dependente, não tem equilíbrio sentado	0
Toalete	Independente a fazer a barba , lavar a cara, lavar os dentes	5
	Dependente, necessita de alguma ajuda	0
Banho	Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	5
	Dependente, necessita de alguma ajuda	0
Mobilidade	Caminha 50 metros sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	15
	Caminha menos de 50 metros com pouca ajuda	10
	Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	5
	Imóvel	0
Subir e descer escadas	Independente com ou sem ajudas técnicas	10
	Precisa de ajuda	5
	Dependente	0
Controlo Intestinal	Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	10
	Acidente ocasional	5
	Incontinente ou necessita do uso de clisteres	0
Controlo Urinário	Controla perfeitamente, mesmo algaliado, desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	10
	Acidente ocasiona (máximo uma x semana)	5
	Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	0
Superior a 90		Dependência ligeira
Inferior a 90 e superior a 55		Dependência moderada
Inferior a 55		Dependência grave

Fonte- Elaboração própria obtido OE (2017)

ANEXO II- TESTE DE TINETTI

Tabela 10 - Total de Índice de Teste de Tinetti Pré e Pós Intervenção

EQUILIBRIO ESTÁTICO CADEIRA		Pontuação
1. EQUILÍBRIO SENTADO	Inclina – se ou desliza na cadeira	0
	Inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira	1
	Estável, seguro	2
2. LEVANTAR –SE	Incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio	0
	Capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão do tronco ou não consegue à 1ª tentativa	1
	Capaz na 1ª tentativa sem usar os braços	2
3. EQUILIBRIO IMEDIATO (primeiros 5 segundos)	Instável (cambaleante, move os pés, marcadas oscilações do tronco, tenta agarrar algo para suportar- se)	0
	Estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se	1
	Estável sem qualquer tipo de ajudas	2
4. EQUILIBRIO EM PÉ COM OS PÉS PARALELOS	Instável	0
	Estável mas alargando a base de sustentação (calcanhares afastados ! 10 cm) ou recorrendo a auxiliar de marcha para apoio	1
	Pés próximos e sem ajudas	2
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)	Começa a cair	0
	Vacilante, agarra-se, mas estabiliza	1
	Estável	2
6. FECHAR OS OLHOS NA MESMA POSIÇÃO	Instável	0
	Estável	1
7. VOLTA DE 360º (2 vezes)	Instável (agarra – se, vacila)	0
	Estável, mas dá passos descontínuos	1
	Estável e passos contínuos	2
8. APOIO UNIPODAL (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável)	Não consegue ou tenta segurar-se a qualquer objeto	0
	Aguenta 5 segundos de forma estável	1
9. SENTAR-SE	Pouco seguro ou cai na cadeira ou calcula mal a distância	0
	Usa os braços ou movimento não harmonioso	1
	Seguro, movimento harmonioso	2
Pontuação: ____ / 16		
EQUILIBRIO DINÂMICO – MARCHA		Pontuação

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)	Hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar	0
	Sem hesitação	1
11. LARGURA DO PASSO (pé direito)	Não ultrapassa à frente do pé em apoio	0
	Ultrapassa o pé esquerdo em apoio	1
12. ALTURA DO PASSO (pé direito)	O pé direito não perde completamente o contacto com o solo	0
	pé direito eleva-se completamente do solo	1
13. LARGURA DO PASSO (pé esquerdo)	Não ultrapassa à frente do pé em apoio	0
	Ultrapassa o pé direito em apoio	1
14. ALTURA DO PASSO (pé esquerdo)	O pé esquerdo não perde totalmente o contacto com o solo	0
	o pé esquerdo eleva-se totalmente do solo	1
15. SIMETRIA DO PASSO	Comprimento do passo aparentemente assimétrico	0
	Comprimento do passo aparentemente simétrico	1
16. CONTINUIDADE DO PASSO	Para ou dá passos descontínuos	0
	Passos contínuos	1
17. PERCURSO DE 3m (previamente marcado)	Desvia-se da linha marcada	0
	Desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha	1
	Sem desvios e sem ajudas	2
18. ESTABILIDADE DO TRONCO	Nítida oscilação ou utiliza auxiliar de marcha	0
	Sem oscilação mas com flexão dos joelhos ou coluna ou afasta os braços do tronco enquanto caminha	1
	Sem oscilação, sem flexão, não utiliza os braços, nem auxiliares de marcha	2
19. BASE DE SUSTENTAÇÃO DURANTE A MARCHA	Calcanhares muito afastados	0
	Calcanhares próximos, quase se tocam	1
Pontuação: ____ / 12		
Pontuação total: ____ / 28		

Fonte – Elaborado a partir de Apóstolo, J. L. (2012).

ANEXO III - MEDICAL RESEARCH COUNCIL MUSCLE SCALE

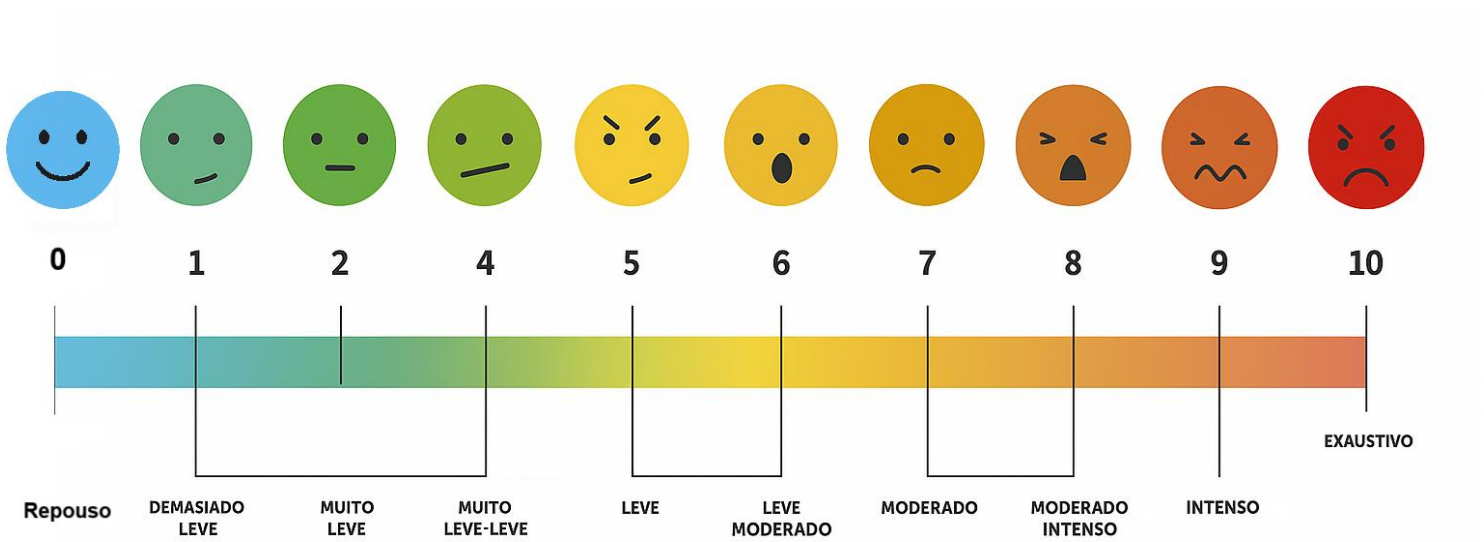
Tabela 11 - Escala de avaliação da Força Muscular Medical Research Council Muscle Scale

Medical Research Council Muscle Scale	
Níveis de força	Descrição
0	Sem contração muscular palpável ou visível
1	Contração palpável ou visível mas sem movimento do membro
2	Movimento sem vencer a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular
3	Movimento que vence a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular, mas não vence resistência
4	Movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade
5	Força normal

Fonte - OE, 2017

ANEXO IV - ESCALA DE BORG MODIFICADA

Figura 25 - Escala de Borg Modificada



Fonte- Elaboração Própria, com recurso a ferramentas de IA, baseada em ACSM (2022)