

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

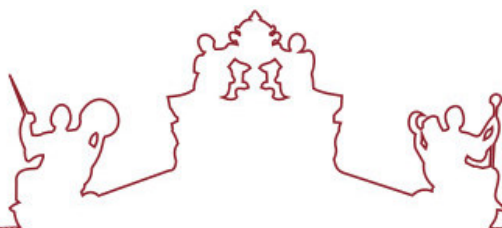
Relatório de Estágio

Promoção da Funcionalidade do Membro Superior do Adulto

Beatriz Isabel Cavaco Mendes Páscoa

Orientador(es) | João Vítor da Silva Vieira

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

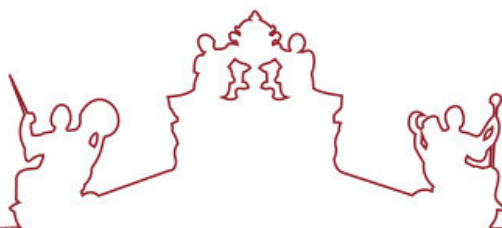
Promoção da Funcionalidade do Membro Superior do Adulto

Beatriz Isabel Cavaco Mendes Páscoa

Orientador(es) | João Vítor da Silva Vieira

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		Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro (Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde)
Vogais		Cátia Ganito (Universidade de Évora) João Vítor da Silva Vieira (Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde) (Orientador) Maria José Bule (Universidade de Évora) (Arguente)

“Reabilitar é devolver a esperança a alguém...”
Anónimo

“Novos começos costumam ser disfarçados de finais dolorosos.”
Lao-Tsé

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por toda a ajuda, o amparo, os sinais (os que vi e os que nem reparei), a força, a resiliência e a alegria que colocasTe no meu coração para fazer esta caminhada tão incrível que é a Vida! Obrigada por esta Vida!

Aos meus Pais, obrigada por não desistirem de mim, por me ajudarem em tudo o que preciso sempre, por me darem força e alento, por serem a minha bolha de Luz e Bondade no meio desta enorme e matreira selva!

À minha família amorosa e aos meus amigos que me apoiaram nos momentos difíceis, por todas as conversas, por secarem as lágrimas à distância, por ouvirem os desabafos e pelas palavras sábias, mesmo quando não podia estar presente, obrigada por festejarem comigo as pequenas conquistas.

A todos os Professores deste Curso, em especial ao incansável Professor Doutor João Vítor Vieira, obrigada pela paciência, por toda a ajuda, por todos os seus esforços para dar resposta, pela incrível e verdadeira orientação.

Aos enfermeiros supervisores que me ajudaram neste percurso, obrigada pelo vosso cuidado e dedicação, por contribuírem bastante para a concretização deste grande objetivo.

A todos os que nos aventurámos neste Curso, à nossa maravilhosa turma de Enfermagem de Reabilitação. Embarcámos juntos nesta aventura até ao Oriente e voltámos. Embora agradeça a todos, destaco os meus companheiros de angústias Inês, Duarte e Diogo.

A toda a equipa do serviço onde exerço funções (incluindo o meu enfermeiro gestor), pela incansável disponibilidade, por todas as trocas de turno, por todas as gargalhadas, por todo o apoio nesta jornada.

A todas as pessoas de quem cuidei e cuido, obrigada por me fazerem sentir útil e feliz de poder contribuir positivamente para a sociedade, mas principalmente para todos vós.

À minha psicóloga Dr.^a Sandra, muito obrigada por tudo, por me ajudar a ver com maior clareza o que me rodeia e o que se passa dentro da minha labiríntica mente, pela profissional e pessoa excelente que é.

A ti, sim a ti, obrigada por me ensinares indiretamente tantas coisas importantes, principalmente a manter a minha Essência, a defender sempre os meus valores e tudo aquilo em que acredito, sem importarem as circunstâncias.

Ao meu Anjo da Guarda, obrigada por estares sempre aqui comigo, mesmo que ninguém te veja ou reconheça. Desculpa por todo o trabalho que te dou, oxalá consiga algum dia retribuir todo o Amor que me dás!

A todos, muito obrigada!

Promoção da Funcionalidade do Membro Superior do Adulto

RESUMO

Atualmente, muitas pessoas têm alta hospitalar com algum grau de incapacidade, apesar de muitas serem previamente independentes. A incapacidade funcional pode persistir durante meses e comprometer as atividades da vida diária. A prática de exercício físico reduz o risco de osteoporose e sarcopenia, potenciando a funcionalidade. O membro superior é essencial para a autonomia funcional, tornando fundamental incentivar e integrar programas de exercício nos cuidados à pessoa fragilizada em unidades de saúde.

Este relatório apresenta um Projeto de Intervenção Profissional vocacionado para a promoção da funcionalidade do membro superior do adulto, que se revelou benéfico para a melhoria e manutenção da funcionalidade e da autonomia da pessoa. Igualmente, expõem-se as atividades desenvolvidas ao longo dos estágios e o processo de aquisição e desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e de Competências de Mestre.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação; Funcionalidade; Membro Superior.

Promotion of Adult Upper Limb Functionality

ABSTRACT

Nowadays, many people are discharged from hospital with some degree of disability, even though many were previously independent. Functional disability can persist for months and impair activities of daily living. Physical exercise reduces the risk of osteoporosis and sarcopenia, thereby enhancing functionality. The upper limbs are essential for functional independence, making it vital to encourage and integrate exercise programmes into the care of frail individuals in healthcare settings.

This report presents a Professional Intervention Project aimed at promoting upper limb function in adults, which has proven beneficial for improving and maintaining the individual's functionality and autonomy. It also outlines the activities developed during the placements and the process of acquiring and developing Common Competencies for Specialist Nurses, Specific Competencies for Specialist Nurses in Rehabilitation Nursing, and Master's-level Competencies.

Keywords: Rehabilitation Nursing; Functionality; Upper Limb.

ABREVIATURAS E SIGLAS

° – Graus

°C – Graus Celsius

< – Menor

> – Maior

≤ – Menor ou igual

≥ – Maior ou igual

= – Igual

+ – Mais

% – Porcento

– Fratura(s)

9-HPT – *9-Hole Peg Test*

ACSM – *American College of Sports Medicine*

ADL – *Activities of Daily Living*

ADM – Amplitude de Movimento

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

APA – Artroplastia Parcial da Anca

ARAT – *Action Research Arm Test*

ATA – Artroplastia Total da Anca

ATJ – Artroplastia Total do Joelho

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividade(s) de Vida Diária

bpm – Batimentos por Minuto

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

cm – Centímetros

CR – Cadeira de Rodas

CTE – Exercício Terapêutico Cognitivo/Método Perfetti

DASH – *Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand Outcome Measure*

DGS – Direção-Geral da Saúde

DHI – *Durvoz Hand Index*

ECCL – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE – Enfermeiro(s) Especialista(s)

EEER – Enfermeiro(s) Especialista(s) em Enfermagem de Reabilitação

END – Escala Numérica da Dor

ER – Enfermagem de Reabilitação

Etc. – Et.cetera

EVA – Escala Visual Analógica

FiO₂ – Fração Inspirada de Oxigénio

GCS – Escala de Coma de *Glasgow*

IADL – *Instrumental Activities of Daily Living*

INE – Instituto Nacional de Estatística

kg – Quilograma(s)

LCFS – *Rancho los Amigos Levels of Cognitive Functioning Scale*

MAL-30 – *Motor Activity Log*

MFR – Medicina Física e Reabilitação

MHQ – *Michigan Hand Outcomes Questionnaire*

MI – Membro(s) Inferior(es)

MIF – Medida de Independência Funcional

mmHg – Milímetros de Mercúrio

MMSE – *Mini-Mental State Examination*

MoCA – *Montreal Cognitive Assessment*

MRC – *Medical Research Council Muscle Scale*

MS – Membro(s) Superior(es)

MWM – Movimento(s) *Mulligan* com Técnicas de Mobilização

OE – Ordem dos Enfermeiros

PER – Programa de Enfermagem de Reabilitação

pH – Potência de Hidrogénio

PIP – Projeto de Intervenção Profissional

PNF – Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva

pO₂ – Pressão Parcial de Oxigénio

PRISMA – *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*

QuickDASH – *Quick Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand Outcome Measure*

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

SatO₂ – Saturação de Oxigénio (arterial)

SCM – Santa Casa da Misericórdia

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SRA – Serviço de Reabilitação de Adultos

TCE – Traumatismo Cranioencefálico

TE – Terapia de Espelho

TOT – Treino Orientado para a Tarefa

UC – Unidade(s) Curricular(es)

UÉSEESJD – Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus da Universidade de Évora

UHA – Unidades Habitacionais

ULFI – *Upper Limb Functional Index*

ULS – Unidade Local de Saúde

UMD – Unidade Médica Diferenciada

UNESCO – *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*

UPP – Úlceras por Pressão

UT – Unidades Terapêuticas

VNI – Ventilação não invasiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO	16
1.1. ANÁLISE DO ENVOLVIMENTO	16
1.1.1. Caraterização do Contexto Institucional do Estágio	16
1.1.2. Caraterização do Serviço de Medicina Interna	18
1.1.3. Caraterização do Serviço de Ortopedia: Estágio de Observação	20
1.1.4. Caraterização do Serviço de Reabilitação de Adultos	21
1.1.5. Caraterização do Serviço de Ortopedia	27
1.1.6. Caraterização do Serviço de Equipa de Cuidados Continuados Integrados	28
1.2. ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE CUIDADOS	30
1.3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO-ALVO	37
2. REFERENCIAIS TEÓRICOS DE ENFERMAGEM	41
2.1. TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAT MELEIS	41
2.2. TEORIA DOS SISTEMAS DE ENFERMAGEM DE DOROTHEA OREM	43
3. ENQUADRAMENTO DA TEMÁTICA	45
3.1. TERAPIA DE ESPELHO: UM REFLEXO DA NEUROPLASTICIDADE	45
3.2. QUAIS AS INTERVENÇÕES DE REABILITAÇÃO MAIS EFICIENTES NA PROMOÇÃO DA FUNCIONALIDADE DO MEMBRO SUPERIOR DO ADULTO E DO IDOSO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	50
4. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	72
4.1. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	72
4.2. METODOLOGIA	73
4.3. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO	74
4.4. OBJETIVOS DO ESTUDO	74
4.5. POPULAÇÃO-ALVO	74
4.6. AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA	75
4.7. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DA FUNCIONALIDADE DO MEMBRO SUPERIOR DO ADULTO	81
4.7.1. Planeamento das Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	82
4.8. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	91
4.9. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS	91
4.9.1. Resultados da Aplicação dos Instrumentos de Avaliação	96
4.10. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS	107
4.11. CONCLUSÕES DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	115

5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	117
5.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	117
5.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	127
5.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE.....	133
CONCLUSÃO	136
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	139
APÊNDICES	148
APÊNDICE A – Atualização do Folheto: Recomendações para Utente Submetido a Artroplastia Total do Joelho [ATJ].....	149
APÊNDICE B – Atualização do Folheto: Recomendações para Utente Submetido a Artroplastia Total da Anca [ATA]	152
APÊNDICE C – Atualização do Folheto: Recomendações para Utente Submetido a Artroplastia Parcial da Anca [APA]	155
APÊNDICE D – Poster “Movimento Corporal: Membro Superior”	158
APÊNDICE E – Folheto “Enfermagem de Reabilitação: Treino de Equilíbrio e Força Muscular – Exercícios Funcionais”	160
APÊNDICE F – Resumo Submetido para Apresentação em Comunicação Livre nas 1as Jornadas do Núcleo de ER da ULS Santa Maria	163
APÊNDICE G – Apresentação em Comunicação Livre nas 1as Jornadas do Núcleo de ER da ULS Santa Maria – “Contributos do EEER para a Promoção da Funcionalidade no Internamento de Medicina Interna: Dinamização de uma Sala de Atividades”	166
APÊNDICE H – Estudo de Caso “Contributos de ER à Pessoa com Doença Respiratória Restritiva Aguda Associada a Insuficiência Cardíaca”	169
APÊNDICE I – Apresentação em Comunicação Oral nas I Jornadas do Núcleo de ER da ULS Baixo Alentejo – “Contributos de ER à Pessoa com Doença Respiratória Restritiva Aguda associada a Insuficiência Cardíaca: Estudo de Caso”	173
APÊNDICE J – Estudo de Caso Submetido para Apresentação em Comunicação Oral nas I Jornadas do Núcleo de ER da ULS Baixo Alentejo – “Intervenção de Enfermagem de Reabilitação na Pessoa Idosa Submetida a Cirurgia Abdominal com Intolerância à Atividade: Estudo de Caso”.....	177
APÊNDICE K – Instrumento de Colheita de Dados	181
APÊNDICE L – Formulário de Recolha de Dados	183
APÊNDICE M – Consentimento Livre e Esclarecido para Participar em Investigação	190
APÊNDICE N – <i>Scoping Review</i> : “Qual a Influência da “ISBAR” na Qualidade dos Cuidados à Pessoa em Hospitalização?”	193
ANEXOS	199

ANEXO A – Certificado de Apresentação em Serviço sobre o tema “Contributos do EEER para a Promoção da Funcionalidade no Internamento de Medicina Interna: Dinamização de uma Sala de Atividades”	200
ANEXO B – Certificado de Participação nas 1as Jornadas do Núcleo de ER da ULS Santa Maria	202
ANEXO C – Certificado de Apresentação com a Comunicação Livre “Contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação para a Promoção da Funcionalidade no Internamento de Medicina Interna: Dinamização de uma Sala de Atividades” nas 1as Jornadas do Núcleo de ER da ULS Santa Maria	204
ANEXO D – Certificado de Participação nas I Jornadas do Núcleo de ER da ULS Baixo Alentejo	206
ANEXO E – Certificado de Apresentação com a Comunicação Oral “Contributos de ER à Pessoa com Doença Respiratória Restritiva Aguda associada a Insuficiência Cardíaca: Estudo de Caso” nas I Jornadas do Núcleo de ER da ULS Baixo Alentejo	208
ANEXO F – Certificado de Participação na Realização do Estudo de Caso com Apresentação com a Comunicação Oral “Intervenção de Enfermagem de Reabilitação na Pessoa Idosa Submetida a Cirurgia Abdominal com Intolerância à Atividade: Estudo de Caso” nas I Jornadas do Núcleo de ER da ULS Baixo Alentejo	210
ANEXO G – <i>Rancho los Amigos Levels of Cognitive Functioning Scale</i>	212
ANEXO H – <i>QuickDASH</i>	215
ANEXO I – <i>Medical Research Council Muscle Scale [MRC]</i>	219
ANEXO J – <i>Upper Limb Functional Index (ULFI)</i>	221
ANEXO K – Escala Modificada de <i>Barthel</i>	224
ANEXO L – Parecer Positivo da Comissão de Ética da Universidade de Évora	228
ANEXO M – Parecer Positivo da Comissão de Ética de uma das Instituições de Estágio	230
ANEXO N – Autorização para Recolha de Dados por uma das Instituições de Estágio	232
ANEXO O – Certificado de Participação no <i>Webinar</i> “Enfermagem de Reabilitação em Contexto Pediátrico”	234
ANEXO P – Certificado de Participação no <i>Webinar</i> “Reabilitação Geriátrica”	236
ANEXO Q – Certificado de Participação no <i>Webinar</i> “Reabilitação no Doente Cirúrgico”	238
ANEXO R – Certificado de Participação no <i>Webinar</i> “Ciência do Cuidar: Doação e Transplantação de Órgãos”	240
ANEXO S – Certificado de Participação no <i>Webinar</i> “Cuidar com Consciência – Ética e Deontologia em Reflexão - Parte 1”	242
ANEXO T – Certificado de Participação no <i>Webinar</i> “Cuidador Informal”	244
ANEXO U – Certificado de Participação no <i>Webinar</i> “Lesões Associadas ao Posicionamento Cirúrgico”	246

ANEXO V – Certificado de Participação no Webinar “Telereabilitação”	248
ANEXO W – Certificado de Participação no Webinar “Ética e Deontologia na Prática: Responsabilidades e Responsabilização”	250
ANEXO X – Certificado de Participação no Workshop “Disfagia: do Diagnóstico à Preparação para a Alta”	252
ANEXO Y – Certificado de Participação no Workshop “A Música na Saúde Mental” Integrado no I Congresso Internacional sobre Promoção da Saúde	255
ANEXO Z – Apresentação em Serviço da Scoping Review “Qual a Influência da “ISBAR” na Qualidade dos Cuidados à Pessoa em Hospitalização?”	257

Índice de Tabelas

Tabela 1: Protocolo de Desmame Ventilatório	20
Tabela 2: Resultados da Revisão Sistemática da Literatura	55
Tabela 3: Valores de referência de goniometria	77
Tabela 4: Diagnósticos e intervenções de ER para o foco: Movimento muscular	78
Tabela 5: Diagnósticos e intervenções de ER para o foco: Rigidez articular	79
Tabela 6: Diagnósticos e intervenções de ER para o foco: Autocuidado: Beber	80
Tabela 7: Diagnósticos e intervenções de ER para o foco: Autocuidado: Comer	80
Tabela 8: Diagnósticos e intervenções de ER para o foco: Autocuidado: Higiene	80
Tabela 9: Diagnósticos e intervenções de ER para o foco: Autocuidado: Arranjar-se	81
Tabela 10: Plano de Intervenção	83
Tabela 11: Caracterização sociodemográfica dos participantes	92
Tabela 12: Avaliação da amplitude articular da participante 1	98
Tabela 13: Avaliação da amplitude articular do participante 2	98
Tabela 14: Avaliação da amplitude articular da participante 3	99
Tabela 15: Avaliação da amplitude articular do participante 4	99
Tabela 16: Avaliação da amplitude articular do participante 5	100
Tabela 17: Avaliação da amplitude articular do participante 6	100
Tabela 18: Avaliação da amplitude articular da participante 7	101
Tabela 19: Avaliação da amplitude articular da participante 8	101
Tabela 20: Atividades desenvolvidas no decorrer do curso	126

Índice de Figuras

Figura 1: Primeiro protótipo da construção do espelho	34
Figura 2: Versão final do espelho	34
Figura 3: Dossier de texturas	35
Figura 4: Referencial Teórico de Afaf Meleis, adaptado de Wills, 2016	42
Figura 5: Referencial Teórico de Dorothea Orem, adaptado de Wills, 2016	43
Figura 6: Diagrama da PRISMA para a apresentação do método de pesquisa	54

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Pessoal ao serviço nos hospitais (Enfermeiros), Portugal, 2021 e 2022	38
--	----

Gráfico 2: Pirâmide Etária, Portugal, 2024 (estimativas) e 2050 (projeções, por cenários)...	38
Gráfico 3: Avaliação cognitiva	96
Gráfico 4: Avaliação da funcionalidade do MS consoante QuickDASH	97
Gráfico 5: Avaliação da força muscular dos segmentos do MS no momento inicial.....	102
Gráfico 6: Avaliação da força muscular dos segmentos do MS no momento final	103
Gráfico 7: Avaliação da funcionalidade do MS consoante ULFI.....	104
Gráfico 8: Avaliação do grau de dependência nas AVD	105
Gráfico 9: Avaliação inicial do grau de dependência na higiene pessoal, alimentação e vestuário	106
Gráfico 10: Avaliação final do grau de dependência na higiene pessoal, alimentação e vestuário	106

INTRODUÇÃO

No âmbito do 9.º Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem de Reabilitação [ER], a decorrer na Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus da Universidade de Évora [UÉESESJD], em associação com as Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnicos de Portalegre, Beja, Setúbal, Castelo Branco e com a Universidade do Algarve (Escola Superior de Saúde de Faro), foi elaborado o presente Relatório, constituindo-se como um dos requisitos para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista [EE], bem como do grau de Mestre em Enfermagem, com a finalidade de descrever a implementação do Projeto de Intervenção Profissional [PIP] de ER e, ainda, de expor as atividades desenvolvidas no decorrer dos estágios, de modo a fundamentar a aquisição de competências, mais precisamente, das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação [EEER] e das Competências de Mestre.

Neste sentido, tendo por base os objetivos de aprendizagem e pedagógicos da Unidade Curricular [UC] de Estágio em Enfermagem de Reabilitação com Relatório, define-se como objetivo geral deste relatório: descrever o processo de aquisição e de desenvolvimento de competências comuns do EE, específicas do EEER e de grau de mestre.

Já como objetivos específicos estabelecem-se os seguintes:

- Caracterizar os diferentes contextos da prática clínica de cuidados;
- Apresentar o PIP de ER na área da promoção da funcionalidade do membro superior [MS] do adulto;
- Analisar os resultados obtidos através da implementação do PIP;
- Demonstrar os dados que evidenciam os ganhos das intervenções de ER implementadas;
- Justificar o desenvolvimento de competências específicas de ER para a prestação de cuidados à pessoa com compromisso da funcionalidade motora nas áreas cardiorrespiratória, neurológica e ortopédica/ortotraumatológica;
- Identificar as competências comuns do EE, competências específicas do EEER e competências de Mestre em Enfermagem;
- Refletir sobre o processo de aquisição de competências comuns do EE, competências específicas do EEER e competências de Mestre em Enfermagem.

A aquisição e desenvolvimento de competências ocorreu nos contextos de estágio relacionados com as áreas cardiorrespiratória, neurológica e ortotraumatológica/ortopédica. Neste enquadramento, foram desenvolvidas múltiplas iniciativas orientadas para o aprofundamento da aprendizagem, tais como a elaboração do estudo de caso, a dinamização

de projetos pertinentes para os locais de estágio em si, a concretização do PIP e a realização do presente relatório.

Com a necessidade de criar e desenvolver um PIP que pudesse ser de aplicabilidade transversal aos contextos de estágio e considerando as vastas áreas de intervenção a explorar, foi necessária uma profunda reflexão sobre as necessidades que observava na minha prática clínica em contexto laboral como enfermeira de cuidados gerais. Embora exercendo funções num serviço de ortopedia, um campo tão específico da saúde, algo comum em todas as pessoas de quem cuido é a necessidade constante de utilizar o MS para a realização das Atividades de Vida Diária [AVD] e de grande parte das tarefas diárias com as quais todas as pessoas se deparam. Com o envelhecimento global da população e as comorbilidades associadas, é natural que o grau de dependência na concretização do autocuidado tenda a ser mais elevado, principalmente, quando a pessoa não mantém uma vida ativa e um estilo de vida saudável. Tudo isso se agrava aquando da eventualidade de um internamento em cuidados de saúde, devido a toda a condição clínica e à imobilidade associada. Apesar dos crescentes esforços das equipas multidisciplinares, nas quais se salientam os enfermeiros de cuidados gerais e os EE, no combate a este flagelo, tal parece ser insuficiente perante as solicitações constantes e os rácios precários para uma prestação de cuidados segura e de qualidade.

Foi então que se perspetivou uma oportunidade de agir numa área deveras interessante e proveitosa para as pessoas e para a prática clínica, mais especificamente na forma de atuação do EEER. Por forma a potenciar uma maior independência e autonomia da pessoa e dada a substancial influência do MS na realização das AVD, sejam elas básicas ou instrumentais, é de facto bastante pertinente atuar no âmbito da promoção da funcionalidade deste membro, bem como dos seus segmentos. Deste modo, surge o PIP vocacionado para a funcionalidade do MS, intitulado: “Promoção da Funcionalidade do Membro Superior do Adulto”, que visa a implementação, nos locais de estágio, de um Programa de Enfermagem de Reabilitação [PER] direcionado para a promoção da funcionalidade do MS. Neste sentido, é, ainda, importante referenciar todas as competências específicas do EEER, em especial a última, sendo a que está mais diretamente associada ao PIP, denominando-se “Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (Regulamento n.º 392/2019), indo ao encontro dos objetivos propostos para uma temática tão relevante.

A prática de excelência em ER traduz-se em benefícios mensuráveis para a saúde em múltiplos contextos da prática clínica, quer através da prevenção do aparecimento ou agravamento de incapacidades, quer mediante a recuperação e otimização das capacidades funcionais remanescentes, promovendo, conseqüentemente, maiores níveis de autonomia da pessoa (Gaspar et al., 2021).

O foco de intervenção do EEER centra-se na pessoa ao longo de todo o ciclo vital, particularmente naquelas que apresentam necessidades especiais, considerando sempre o contexto específico em que se inserem (Gaspar et al., 2021).

A enfermagem e, de forma ainda mais evidente, a ER, configura-se como uma disciplina científica fortemente orientada para a prática clínica, sustentada na aplicação de conhecimento próprio, produzido no âmbito dos seus limites e domínios. Perante a evolução do conhecimento científico, tem-se verificado uma expansão progressiva dos contextos de intervenção dos EEER, que atualmente desempenham funções em áreas diversificadas, tais como a saúde escolar, o desporto e a promoção do envelhecimento ativo, com a implementação de programas de ER vocacionados para a prevenção e o exercício físico, orientados para a manutenção de níveis adequados de atividade física e para a promoção da saúde funcional da população (Gaspar et al., 2021).

A mera integração dos EEER nos diversos contextos não garante, por si só, a obtenção de ganhos em saúde. Torna-se imprescindível assegurar a sua disponibilidade em quantidade adequada, de modo a possibilitar a prestação de cuidados especializados dirigidos a pessoas com necessidades específicas. Neste sentido, revela-se necessário recorrer a metodologias e a critérios de planeamento que promovam o ajuste dos recursos humanos às necessidades de cuidados reais da população, considerando a diversidade dos contextos de intervenção (Gaspar et al., 2021).

Assim, a estrutura do documento principia pela introdução, seguida da apreciação e caracterização dos contextos em âmbito de estágio, da análise da produção de cuidados e da população-alvo, bem como da fundamentação nos referenciais teóricos de enfermagem nos quais se baseia todo o relatório. No terceiro capítulo apresenta-se um enquadramento da temática em estudo, baseado na evidência científica mais atual, onde se inclui também uma revisão sistemática da literatura. Posteriormente, encontra-se todo o PIP, bem como a análise reflexiva sobre o desenvolvimento das competências supramencionadas. Por fim, apresenta-se a conclusão e, ainda, os elementos pós-textuais, que englobam as referências bibliográficas, os apêndices e os anexos.

Note-se, ainda, que o presente relatório foi elaborado segundo as diretrizes da American Psychological Association (2020), sétima edição, e formatado segundo as Normas de Elaboração de Trabalhos Académicos e Científicos Escritos na UÉSESJD.

1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO

1.1. ANÁLISE DO ENVOLVIMENTO

A seleção dos locais de estágio de um curso de mestrado em enfermagem é uma etapa que se reveste de particular importância e que exige um período de significativa reflexão e ponderação. Para tal, tiveram-se em consideração diversos fatores de modo a atingir os objetivos propostos, entre os quais o principal foi a aprendizagem enriquecedora com as melhores práticas na área de ER, a fim de potenciar uma aquisição e um desenvolvimento de competências eficazes com base nos conhecimentos previamente adquiridos em âmbito teórico, teórico-prático e laboratorial.

É de realçar que todo este contexto prático *in loco* foi tanto motivador como comprovativo da relevância do papel do EEER na equipa e na prestação de cuidados de ER, já que o mesmo fundamenta o seu exercício num corpo de conhecimentos técnicos, científicos e humanos que visam a promoção do autocuidado, a capacitação e a maximização da funcionalidade da pessoa, atuando também como elemento fulcral e agente de mudança e evolução na equipa multidisciplinar das mais diversas formas e nas mais variadas áreas.

Neste sentido, como tentativa de absorver todo o conhecimento e experiência possíveis neste delimitado espaço de tempo e procurando diversificar as opções de escolha, foi possível desenvolver as competências de ER em instituições de saúde a sul do rio Tejo, em âmbito cardiorrespiratório (num Serviço de Medicina Interna), e a norte do rio Tejo, em âmbito neurológico (num Serviço de Reabilitação de Adultos) e ortopédico/ortotraumatológico (em dois Serviços de Ortopedia, num deles como estágio de observação). Adicionalmente, foi realizado um estágio em contexto domiciliário numa instituição de saúde a sul do rio Tejo (numa Unidade de Cuidados na Comunidade, mais especificamente, numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados [ECCI]).

Em seguida, procede-se à caracterização do contexto institucional do estágio e, posteriormente, à caracterização detalhada de cada um dos locais de estágio supramencionados.

1.1.1. Caracterização do Contexto Institucional do Estágio

Os locais de estágio escolhidos para a aquisição de competências nesta fase tiveram lugar tanto em instituições hospitalares pertencentes ao Serviço Nacional de Saúde [SNS], sob a forma de Unidade Local de Saúde [ULS], como em instituições pertencentes à Santa Casa da Misericórdia [SCM].

As ULS são entidades públicas integradas no SNS que combinam cuidados hospitalares e cuidados de saúde primários numa única gestão, visando a integração de cuidados de saúde e uma resposta articulada à população. Este modelo foi reforçado pela recente reorganização do SNS, que promove a integração dos hospitais com os centros de saúde sob um mesmo

organismo, para melhorar o acesso, a continuidade e a eficiência dos cuidados (Decreto-Lei n.º 102/2023).

Já as SCM inserem-se no grupo das instituições particulares de solidariedade social, sendo entidades coletivas sem fins lucrativos, criadas por iniciativa privada com o objetivo de concretizar, de forma organizada, os princípios da justiça e da solidariedade, contribuindo para a efetivação dos direitos sociais dos cidadãos. A sua missão passa por desenvolver ações de solidariedade social e assegurar a proteção de pessoas e grupos em situação de vulnerabilidade, promovendo o bem-estar, a justiça social e a qualidade de vida através da disponibilização de respostas sociais e serviços de apoio (Decreto-Lei n.º 172-A/2014).

A instituição da ULS na qual foi realizado o primeiro estágio resulta da fusão, no início de 2024, entre o hospital e o agrupamento de centros de saúde da zona, procurando otimizar a gestão, bem como a prestação de cuidados de saúde às populações dos concelhos abrangidos, cada vez mais numerosas. Esta ULS tem como missão assegurar cuidados de saúde integrados (primários, hospitalares, continuados e paliativos), promovendo a saúde e a qualidade de vida da população ao longo da vida, através de uma organização eficiente dos serviços, do uso adequado dos recursos e da aposta na investigação, na inovação e na colaboração intersectorial, o que gera valor na prestação de cuidados. Este hospital, neste momento, procura dar resposta a uma população aproximada de 350 mil habitantes, possuindo 545 camas e oferecendo diversos serviços especializados, como neurocirurgia, transplante renal, cardiologia de intervenção e medicina nuclear (Ministério da Saúde, 2026a).

Seguiu-se o estágio de observação num local considerado de referência nacional e internacional nas áreas de Ortopedia e Traumatologia, integrado na SCM. Neste sentido, este hospital é vocacionado para a prevenção, tratamento e reabilitação de patologias do foro musculoesquelético ao longo do ciclo vital. É então composto por várias vertentes, tais como o serviço de internamento, bloco operatório (incluindo recobro), unidade de meios complementares de diagnóstico, consulta externa, serviço de Medicina Física e Reabilitação [MFR], terapia ocupacional, gabinete de formação, desenvolvimento e ensino, farmácia, serviço social e capela, bem como diversas especialidades, entre as quais ortopedia, anestesiologia, fisioterapia, medicina interna, nutrição e psicologia. É notável o esforço de toda a equipa pela promoção da qualidade dos cuidados prestados, através de uma resposta o mais célere e eficaz possível, de uma utilização da tecnologia atual segundo os princípios éticos e legais, bem como de uma atualização e aquisição de novos conhecimentos a fim de proporcionar maior segurança nos cuidados (SCM, 2026a).

Quanto à UC de Estágio em Enfermagem de Reabilitação com Relatório, esta subdividiu-se em dois estágios distintos: o primeiro, na área neurológica, e o segundo, na área ortopédica/ortotraumatológica, ambos realizados em instituições de saúde localizadas a norte do rio Tejo.

O local escolhido para o primeiro estágio foi um centro de reabilitação pertencente à SCM. Este centro dedica-se à reabilitação pós-aguda de pessoas com deficiência, sobretudo de origem física, motora ou resultante de multideficiência congénita ou adquirida, independentemente da idade. O seu principal objetivo é a promoção da máxima funcionalidade, valorizando e potenciando as capacidades de cada pessoa e apoiando-a na reconstrução do seu projeto de vida. Além da prestação de cuidados de saúde, o centro assume também um papel importante na formação de médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica e de saúde, bem como no desenvolvimento de investigação científica neste campo. Tal como espetável, este centro inclui uma vasta equipa interdisciplinar, bem como diversos programas de reabilitação, procurando atingir os objetivos propostos, gerir expectativas e satisfazer as necessidades da pessoa e família. Assim, procura-se promover e maximizar a funcionalidade da pessoa, bem como uma preparação adequada a nível global para uma adaptação eficaz à nova realidade (SCM, 2026b).

Já o segundo estágio teve lugar numa ULS, composta por 3 hospitais e por 35 unidades funcionais de cuidados de saúde primários, dando resposta direta a cerca de 170 mil utentes pertencentes a 11 concelhos, assumindo como missão prestar cuidados de saúde de excelência, humanizados e personalizados a nível hospitalar, paliativo, de convalescença e nos cuidados de saúde primários integrados na ULS (Ministério da Saúde, 2026b).

Adicionalmente, foi realizado um estágio em contexto domiciliário numa ECCL, integrado numa ULS a sul do rio Tejo, cuja caracterização se segue no respetivo tópico.

Foi muito positivo testemunhar a pertinência da ER em âmbito prático em todos os locais de estágio, bem como a influência benéfica que manifesta na vida das pessoas.

1.1.2. Caracterização do Serviço de Medicina Interna

O primeiro estágio decorreu entre abril e junho de 2025, sendo referente à área da reabilitação cardiorrespiratória e realizado num serviço de medicina interna de um hospital pertencente a uma ULS a sul do Tejo.

Este serviço de medicina acarreta algumas particularidades, constituindo-se a principal de todas o facto de incluir 4, das 27 camas totais, afetas exclusivamente a cuidados intermédios: a Unidade Médica Diferenciada [UMD].

As restantes 23 camas distribuem-se por 8 enfermarias, predominando os quartos para três pessoas, existindo ainda um quarto individual destinado a isolamento. Importa referir que, devido à sobrelotação e à gestão de vagas no serviço de urgência, foi frequente, ao longo do estágio, a existência de vagas extra em maca no corredor do serviço, realidade que evidencia a elevada pressão assistencial vivenciada neste contexto.

A maioria das pessoas internadas nesta tipologia de serviço de internamento hospitalar são pessoas tendencialmente idosas, com patologias crónicas (normalmente em contexto de

agudização), com outras comorbidades associadas, com fragilidade e elevado grau de dependência nas AVD, o que acaba por constituir um desafio, principalmente, para uma prática de cuidados especializados eficaz no âmbito da reabilitação.

A equipa multidisciplinar no serviço é vasta e conta com uma enfermeira gestora, uma enfermeira que substitui a enfermeira gestora nas suas ausências, 20 enfermeiros de cuidados gerais (1 deles com trabalho em regime de prestação de serviço), 4 EEER, 11 auxiliares de ação médica, 3 médicos assistentes/chefes de equipa com pelo menos 1 médico interno e 1 ou 2 estudantes de medicina para cada equipa (nas enfermarias), 1 médico assistente e pelo menos 1 médico interno na UMD, 1 médico de cirurgia geral e 1 fisioterapeuta.

No turno da manhã, são distribuídos 2 enfermeiros para a UMD (1 deles EEER), 5 enfermeiros para as enfermarias (1 deles EEER), 2 enfermeiras em cargo de chefia (a enfermeira gestora e também a enfermeira que a substitui nas suas ausências) e, ainda, 4 auxiliares de ação médica.

A enfermeira supervisora que me orientou em todo este processo de aprendizagem esteve alocada à UMD em todos os turnos que realizámos ao longo do estágio, pelo que foi o local onde tive oportunidade de me desenvolver e adquirir competências durante este período.

A distribuição dos EEER seria sempre (salvo exceções de força maior, como falta de profissionais de enfermagem para cumprir o rácio preconizado no serviço) 1 EEER alocado à UMD e 1 EEER alocado ao restante serviço em dias de semana, sendo que em ambos os casos lhe eram atribuídas 2 pessoas a quem prestariam cuidados especializados. Apesar disso, maioritariamente, eram prestados cuidados especializados a todos os que necessitassem na UMD, acontecendo sempre que possível também nas pessoas presentes no restante serviço. Nos fins de semana, apenas o EEER estava alocado à UMD, pelo que prestaria cuidados de enfermagem gerais e especializados às 4 pessoas presentes na UMD.

É importante mencionar que a enfermeira que substitui a enfermeira gestora nas suas ausências de chefia também é EEER, pelo que, além de cumprir as suas funções habituais, dedicava-se à prestação de cuidados especializados às pessoas para as quais, em conjunto com a equipa, tal se considerasse mais benéfico.

Como já mencionado, integrada no serviço encontra-se a UMD, uma unidade que se revelou importante para a realização do estágio na área cardiorrespiratória. Esta unidade possui critérios de admissão específicos (que posteriormente serão mais amplamente explorados), mas também se considera o estado prévio de autonomia, a fragilidade e as comorbidades da pessoa, por forma a adaptar o nível de cuidados ao benefício clínico expectável para cada pessoa e a evitar medidas fúteis de diagnóstico e terapêutica.

Após a estabilização clínica da pessoa e assim que clinicamente viável, de acordo com prescrição médica, a UMD dispõe igualmente de um protocolo de desmame ventilatório, o qual integra diversos critérios e fases, descritos de forma mais detalhada na tabela seguinte:

Tabela 1: Protocolo de Desmame Ventilatório

Critérios Clínicos	Critérios de Gasimetria
• Frequência respiratória: 12-30 ciclos/minuto; • Tensão arterial sistólica: 90-180 mmHg; • Temperatura axilar: 36-38 °C; • Frequência cardíaca: 50-120 bpm; • Escala de coma de <i>Glasgow</i> [GCS] > 13.	• pH > 7.30 • FiO₂ < 50% • pO₂ > 60 mmHg • SatO₂ > 92% • pO₂ / FiO₂ > 150
Nível de Desmame / Fase Ventilatória	
1) Período diurno: 1 h desconexão + 2 h de conexão a VNI Período noturno: conexão contínua	
2) Período diurno: 2 h desconexão + 1 h de conexão a VNI Período noturno: conexão contínua	
3) Período diurno: desconexão Período noturno: conexão contínua	

Fonte: Protocolo interno da UMD, serviço de medicina interna

Considero que este local de estágio foi uma escolha adequada para a minha evolução pessoal e profissional, não só por ser outra ULS, mas também por ser uma tipologia de serviço diferente da prática de cuidados a que estou habituada, particularmente a UMD. Foi possível adquirir, desenvolver e cimentar corretamente conhecimentos e competências imprescindíveis para a minha prática de cuidados, sendo também, por isso, uma experiência enriquecedora e frutífera para a minha aprendizagem e para o meu progresso, constantes e sempre necessários.

1.1.3. Caracterização do Serviço de Ortopedia: Estágio de Observação

Sendo um estágio de observação com apenas 24 h de duração (11, 12 e 13 de junho), acabou por requerer um esforço conjunto, de modo a tentar absorver o máximo de informação e aprendizagem possível num período temporal tão curto.

Em grande parte, a instituição funciona em regime de internamento e ambulatório, sendo que as pessoas internadas na unidade hospitalar provêm da consulta externa, de outras unidades da SCM ou de outros hospitais com os quais estão estabelecidas parcerias.

Durante o estágio de observação tive oportunidade de conhecer a realidade do internamento, que apresenta uma capacidade de 60 camas, distribuídas entre 16 quartos individuais, 20 duplos e 4 de isolamento, sendo subdivididos equitativamente (30 vagas cada) em 2 serviços diferentes.

Quanto aos rácios dos EEER, a distribuição mais usual consoante os turnos, incluindo os 2 serviços de internamento, corresponde a pelo menos 1 EEER nos turnos da tarde em dias de semana, bem como a pelo menos 1 elemento nos turnos da manhã e da tarde aos fins de semana e feriados.

No que concerne aos instrumentos de avaliação aplicados, o que está preconizado é a utilização da Escala Modificada de *Barthel* na admissão e na alta. Já as Escalas de *Braden* e *Morse* são aplicadas de 2 em 2 dias.

Foi possível consultar os protocolos de serviço, bem como folhetos informativos e documentos interessantes para enriquecer a minha prática, principalmente numa área que tanto me apraz.

Em suma, e correspondendo às minhas expetativas, considero ter sido de facto uma experiência interessante, frutífera e motivadora, não só para a minha aprendizagem pessoal e profissional, como também para poder dinamizar conhecimentos e experiências enriquecedoras para o meu contexto laboral atual.

1.1.4. Caraterização do Serviço de Reabilitação de Adultos

Sendo um estágio referente à reabilitação neurológica, compreendido entre setembro e novembro de 2025, pareceu-me pertinente selecionar um local de referência numa área tão vasta e complexa.

No centro do país, embora também fosse possível a realização de um estágio em contextos de regime de ambulatório, em virtude da minha prática profissional atual e de alguns projetos futuros que ambiciono, ou pelo menos perspetivo, considerei mais pertinente e enriquecedora a experiência de reabilitação em contexto de internamento. Este estágio realizou-se num serviço de internamento que se subdivide em três serviços diferentes, entre os quais:

- Serviço de Reabilitação de Adultos – com 66 camas (distribuído entre 2 alas), destina-se ao internamento de pessoas com lesões vertebro-medulares e outras patologias neurológicas;
- Serviço de Reabilitação de Adultos – com 68 camas (distribuído entre 2 alas), destina-se ao internamento de pessoas com acidente vascular cerebral [AVC], traumatismo cranioencefálico [TCE], amputação e, ainda, outras patologias;

- Serviço de Reabilitação Pediátrica e de Desenvolvimento – com 16 camas para o internamento pediátrico para pessoas com doenças neurológicas, osteoarticulares, medulares e outras patologias.

Dentro destes 3 serviços, realizei estágio no Serviço de Reabilitação de Adultos [SRA] referente às patologias como AVC, TCE e amputação, cuja caracterização mais detalhada realizarei mais adiante.

De momento, a referenciação para ingressar no centro é realizada por parte das equipas de MFR do SNS. As pessoas que a equipa considera beneficiarem do internamento no centro são referenciadas para uma consulta prévia para avaliação do caso, com um tempo de espera aproximado de 2/3 semanas, e se se considerar pertinente, após o mesmo tempo, ingressa no centro. No entanto, existem alguns critérios de exclusão, como é o caso de pessoas que não possuem apoio social ou apresentam úlceras por pressão [UPP] de categorias mais graves (embora esta última questão seja sempre avaliada pela equipa no que se refere ao potencial da pessoa perante a situação). Por outro lado, também é possível ingressar no centro a título particular (suportando todos os custos) ou, ainda, nos casos de ativação de seguradora.

Os tempos de internamento variam consoante a patologia e a avaliação clínica da equipa. Por exemplo, no serviço previamente referido, o tempo estimado de internamento das pessoas com diagnóstico de AVC é de cerca de 60 dias; nos casos de TCE é de 70 dias, bem como noutras patologias, mas nunca excede os 80 dias de internamento. Apesar disso, após a alta clínica, é possível voltar a realizar uma nova referenciação, seguindo os mesmos trâmites. Embora exista a possibilidade de prorrogar o internamento, os custos são assegurados pela SCM, o que normalmente acaba por ser evitado devido ao elevado número de dias necessários na prorrogação.

O centro apresenta oportunidades diversificadas de reabilitação. Dispõe de múltiplos recursos, incluindo material adaptado, laboratório de análise da posição de sentado (ao cuidado das equipas de terapia ocupacional e fisioterapia), laboratório de marcha (ao cuidado das equipas de fisioterapia e fisioterapia), piscina, sala de realidade virtual e campo de desporto adaptado. É ainda possível realizar atividades no exterior, como escalada e surf adaptados. O centro possui também Unidades Habitacionais [UHA] fora do edifício principal, cada uma com cozinha, sala de estar e quarto, destinadas a pessoas internadas para as quais a equipa considere existir benefício. As UHA podem ter um ou três quartos, com casa de banho privativa. Nesta tipologia são asseguradas as refeições, a limpeza, a medicação e, sempre que necessário, a assistência da equipa à qual a pessoa se encontra alocada, constituindo um recurso relevante na preparação para a transição e reintegração no domicílio.

O centro também possui apoio religioso e existe uma capela no piso 1 junto ao auditório, sendo que, respeitando a total liberdade de culto e as convicções religiosas e filosóficas de

cada pessoa, também é possível o centro disponibilizar um espaço para que a pessoa possa receber apoio espiritual.

É importante mencionar que cada pessoa é acompanhada por toda a equipa desde o início do internamento até ao momento da alta, o que inclui as visitas médicas aos quartos, ao ginásio, entre outros momentos de acompanhamento. No decorrer do internamento são realizadas sessões de ensino à pessoa e à família, tendo em conta as necessidades de cada um, por exemplo, no dia de visita familiar, em que a família acompanha o percurso da pessoa por todas as unidades terapêuticas [UT]. Durante o planeamento da alta é realizada a articulação com a estrutura da comunidade que irá acompanhar a pessoa, quando tal se aplique.

Relativamente ao serviço de internamento no qual realizei estágio, passo a realizar a sua caracterização mais detalhada.

O referencial teórico de enfermagem de suporte à prática clínica de cuidados corresponde ao Modelo Conceptual de Roper, Logan e Tierney e o método de trabalho adotado é o método por enfermeiro responsável, existindo exceções no turno da manhã, em que um enfermeiro fica responsável por toda a terapêutica a administrar, sem ser responsável por nenhuma pessoa em específico. Este serviço inclui 2 quartos de 2 camas e 5 enfermarias de 6 camas, estando, igualmente, ao cuidado de UHA.

O rácio de enfermeiros por turno inclui: 5 enfermeiros no turno da manhã, 3 enfermeiros no turno da tarde e 1 enfermeiro no turno da noite. No serviço existem 21 enfermeiros no total, 8 dos quais EEER, 2 deles na gestão (enfermeira gestora e enfermeira que a substitui na sua ausência) e 1 com licença sem vencimento, ou seja, de momento, o serviço conta com 5 EEER que prestam cuidados especializados a todas as pessoas internadas no serviço (não somente às que lhes estão atribuídas no turno), consoante a necessidade, a gestão do tempo do EEER e da própria pessoa, que está incluída em diversas UT escolhidas previamente pela equipa de MFR, consoante a necessidade. Neste sentido, a pessoa possui sempre consigo o horário do seu programa de reabilitação (realizado semanalmente), que poderá incluir UT como: AVD/ER, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala, psicologia, entre outros. Um dos muitos exemplos da articulação entre a equipa são, por exemplo, as orientações da equipa da terapia da fala sobre as pessoas que apresentam disfagia, através de um guia específico para cada pessoa, com o tipo de dieta e indicações/estratégias adaptativas, que se encontra no refeitório do serviço. Também se pode incluir o facto de que a maior parte das pessoas internadas (devido às patologias inerentes ao internamento) possui um tabuleiro transparente adaptado a cada pessoa e condição específica, por exemplo, para contrariar o padrão espástico no MS, nomeadamente na mão e no punho.

Após a admissão da pessoa, é decidido pela equipa de MFR, fisioterapia e terapia ocupacional se a pessoa pode deambular em marcha ou em cadeira de rodas [CR]

(considerando já os possíveis produtos de apoio que possua) e apenas 15 dias depois é realizada uma reunião da equipa multidisciplinar para definir os objetivos do internamento, de modo a conseguir realizar uma avaliação completa e o mais detalhada possível de toda a situação clínica da pessoa, bem como do seu potencial de reabilitação. Assim, seguem-se reuniões quinzenais para acompanhar toda a evolução ao longo do internamento, registadas em formulário próprio, ou seja, numa folha de registo da avaliação multidisciplinar, que inclui a avaliação da fisioterapia, serviço social, enfermagem e AVD, terapia ocupacional (encarregue da avaliação do MS), fisioterapia (encarregue da avaliação do MI e marcha), terapia da fala, psicologia, ortoprotesia (se necessário) e avaliação de toda a equipa segundo a Medida de Independência Funcional [MIF]. Aprofundando mais o tópico referente à Enfermagem e AVD são avaliados parâmetros como:

- Estado Geral: tensão arterial, glicémia capilar;
- Comportamento: sociável, colaborante, agitado, agressivo;
- Alterações do sono: presente ou não e com ou sem medicação;
- Dor: presente ou não, local e escala numérica da dor;
- Revestimento cutâneo: íntegro, cicatrizado, score da escala de *Braden*, descrição das possíveis UPP;
- Controlo dos esfíncteres: vesical, intestinal e utilização da sanita;
- Suporte: visitas regulares, saída aos fins de semana;
- AVD: alimentação, higiene oral, pentear, barbear/maquilhar, banho, vestir ½ superior, vestir ½ inferior, calçado;
- Mobilidade: mobilidade no leito, score da escala de *Morse*;
- Transferências: leito, cadeirão, sanita, banheira/duche;
- Observação/evolução;
- Objetivos;
- Produtos de apoio.

É importante referir que este serviço possui diversos materiais específicos que considero serem relevantes de mencionar, tais como: maca de banho com sistema de elevação hidráulico, cadeira de banho basculante, camas articuladas, colchões de pressão alternada, almofadas de posicionamento de vários tamanhos, extensores de cabo longo para o calçado/vestuário (dispositivo em S para calçar e descalçar meias, dispositivo para meias elásticas, pinça colectora de objetos, entre outros), calçadeiras (com diferentes graus de rigidez), alteadores de sanita de espuma, faixas de contenção para o leito e para CR (impermeáveis e de tecido), tábuas de transferência, grua/elevador de transferência, disco giratório de transferências para posição de pé, cintos de transferências, manga pneumática manual, talas de *Depuy*, várias tipologias de CR manuais e/ou com apoio cervical (inclusive

com vários tipos de pedais e, ainda, ferramentas para fazer ajustes sempre que necessário), bengalas, andarilhos, canadianas, tripés, quadripés, socas antiderrapantes, almofadas de gel, espelho quadriculado, *standing frame* (2 manuais e 1 elétrico), cadeira de baloiço, dossier com diversas texturas para estimulação sensorial, tabuleiro de treino de motricidade fina (com botões, fechos, velcros, atacadores, elásticos, etc.), jogos para estimulação cognitiva e sensorial, entre outros.

Por outro lado, ainda dentro do centro, existe um serviço vocacionado para o treino de AVD, particularmente relevante para a prática de enfermagem, que se apresenta adequadamente estruturado e equipado para cumprir os objetivos a que se propõe.

Apresenta todo o tipo de material adaptativo que seja ou não possível imaginar, embora, quando não possua determinados materiais, a equipa faça um esforço pessoal para os adquirir, tudo para benefício das pessoas. Podemos contar com: extensores de cabo longo para o calçado/vestuário (dispositivo em S para calçar e descalçar meias, dispositivo para meias elásticas, pinça colectora de objetos, entre outros), alteador de sanita de espuma, tábuas de transferência (madeira, poliuretano e metal, com antiderrapante), cadeira de baloiço, livro para treino de motricidade fina (botões, atacadores, velcros) e estimulação sensorial, bem como todo o tipo de materiais adaptativos para cada situação em específico.

Este serviço, embora pequeno, está muito bem aproveitado. Apresenta 2 secções com cama articulada para treinar exercícios/atividades na cama, transferências, vestuário e outra intervenção que as enfermeiras e a pessoa vejam como necessária para a sua reabilitação e adaptação. Também apresenta uma secção para simulação de duche, banheira e sanita com as medidas aproximadas ao que será recomendado para estas situações.

Neste sentido, a UT de AVD aconselha sobre a avaliação das acessibilidades e adaptação das instalações sanitárias do domicílio, de modo a estarem o mais preparadas possível para receber pessoas com mobilidade reduzida, respeitando os princípios da autonomia, da funcionalidade e da segurança da pessoa. Recomenda:

- Largura útil de entrada na casa de banho maior ou igual a 80 cm;
- Porta de correr ou abrir para fora;
- Área de circulação para CR maior ou igual a 150 cm que possibilite a rotação de 360°;
- Área mínima de 170 cm x 160 cm para casa de banho sem duche;
- Espaço que permita fixar barras laterais na sanita;
- Extremidade distal da sanita ficar a 80 cm da parede do lado oposto;
- Lavatório suspenso sem coluna móvel inferior, a uma altura mínima de 80 cm (do chão);
- Torneira a uma distância alcançável e/ou que seja de manípulo longo;
- Espelho reclinável perfazendo um ângulo de 30°;

- Zonas de permanência onde seja possível realizar manobra de 180°;
- A zona de duche pode ter 2 tipos de abordagem:
 - Entrada de frente com base de duche com 120 cm x 80 cm;
 - Entrada de lado com base de duche com 150 cm x 80 cm.

Igualmente, é esta UT encarregue de prescrever (em acordo com a pessoa) alguns dos produtos de apoio para o domicílio, nomeadamente através do sistema de atribuição de produtos de apoio. Os produtos de apoio sugeridos pelas enfermeiras podem englobar:

- Produtos de apoio para vestuário:
 - ✓ Casaco com argola/sapato com argola;
 - ✓ Dispositivo em S para calçar e descalçar meias;
 - ✓ Dispositivo para calçar meias;
 - ✓ Dispositivo para meias elásticas;
 - ✓ Pinça recolectora de objetos.
- Produtos de apoio para transferências:
 - ✓ Grua/elevador de transferência;
 - ✓ Tábua de transferência;
 - ✓ Disco giratório de transferências para posição de pé;
 - ✓ Cinto de transferências.
- Produtos de apoio para repouso:
 - ✓ Cama articulada;
 - ✓ Colchão de pressão alternada;
 - ✓ Almofadas de posicionamento;
 - ✓ Cadeirão.
- Produtos de apoio para casa de banho:
 - ✓ Banco de duche para banheira;
 - ✓ Cadeira de banho rotativa (banheira);
 - ✓ Tábua de banho em plástico (banheira);
 - ✓ Banco de duche para polibã ou base de duche;
 - ✓ Cadeira de banho/sanitária para base de duche;
 - ✓ Apoio fixos ou articulados;
 - ✓ Alteadores de sanita.

Neste sentido, no centro existe o Centro de Recursos Técnicos onde é possível solicitar o empréstimo temporário de produtos de apoio.

Assim, considero que este estágio foi significativamente interessante e proveitoso para a minha formação profissional e pessoal.

1.1.5. Caraterização do Serviço de Ortopedia

Este estágio foi numa área da ER que me apraz bastante: Ortopedia e Ortopneumatologia.

No caso deste hospital, existem dois serviços de internamento para a área de ortopedia. Estes serviços apresentam 24 e 22 vagas, sendo que, respetivamente, o primeiro (onde decorreu o estágio) está mais direcionado para cirurgias ortopédicas programadas (maioritariamente casos de gonartrose, coxartrose e extração de material de osteossíntese) e o segundo mais associado à ortopneumatologia, nomeadamente fraturas [#] de fragilidade (embora também existam casos como estes no primeiro serviço, por gestão de vagas).

Relativamente aos rácios, a equipa conta com 18 enfermeiros de cuidados gerais e 4 EEER, sendo que durante o turno da manhã existe 1 EEER, adicionando aos 5 enfermeiros de cuidados gerais. No turno da tarde são atribuídos 3 ou 2 enfermeiros de cuidados gerais (consoante necessidade do serviço) e no turno da noite apenas 2.

A metodologia de trabalho adotada é o método por enfermeiro responsável, sendo o EEER, com maior tempo de serviço, o responsável de turno sempre que se encontrar presente. Descrevendo genericamente um turno da manhã considerado comum, inicia-se, como é habitual, pela passagem de turno, seguida de uma reunião multidisciplinar alocada a ambos os serviços (onde se inclui a equipa médica de ortopedia presente no próprio dia, médico de medicina interna, assistente social e enfermeiro gestor/responsável de turno de cada serviço) para estabelecer um ponto de situação sobre todas as pessoas internadas em ambos os serviços de ortopedia. Posteriormente, segue-se a organização das intervenções a implementar consoante cada situação, as prescrições médicas existentes e outros fatores influentes na organização e funcionamento normal do serviço.

A nível de ER, o serviço possui rotinas perfeitamente estruturadas, embora seja difícil caraterizar um turno, considerando que cada turno tem contornos e especificidades próprias, adicionando às caraterísticas de cada pessoa e situação de saúde. Em linhas gerais, prende-se com a colocação de tala dinâmica em pessoas submetidas a artroplastia total do joelho [ATJ] (ou casos específicos em que a equipa médica considere benéfica a sua utilização), primeiro levante e treino de marcha após a cirurgia, demonstração, ensino e treino de exercícios musculoesqueléticos específicos para cada situação, ensinamentos sobre cuidados a ter no domicílio (disposição e organização de espaço, possível necessidade de apoio, mitigação de possíveis barreiras arquitetónicas), cuidados a ter ao retomar a atividade sexual, movimentos não recomendados pelo risco de luxação do material implantado, possível aquisição de produtos de apoio, entre outros. Posteriormente, proceder aos registos em suporte próprio, neste caso, na plataforma SClínico.

Em ambos os serviços existem uma Sala de Reabilitação perfeitamente preparada para diversas situações. No serviço onde decorreu o estágio esta sala inclui: 1 cadeirão, 1 mesa de apoio, 1 cadeira, 1 passadeira com barras paralelas, 1 conjunto modular com rampa e

escada, 1 balança com régua em altura, 2 cicloergómetros, 3 almofadas de espuma médias, 1 bola suíça pequena, diversos auxiliares de marcha (andarilhos e canadianas) e um poster explicativo sobre técnicas para andar com auxiliar de marcha. Da mesma forma, o serviço possui uma sala de apoio para armazenamento de material diverso, que em termos de reabilitação inclui: cinto de transferência/deambulação, almofadas de diversos tipos e tamanhos (espuma, gel, fibra, areia), meios auxiliares de marcha (andarilhos, canadianas, CR), halteres (1, 1.5 e 2 kg) e 3 artromotores.

Quanto aos projetos instituídos no serviço referentes à ER, existem diversos folhetos explicativos para muitas das situações mais comuns no serviço, como é o caso dos folhetos: “Recomendações para Utente Submetido a Artroplastia Total do Joelho [ATJ]”, “Recomendações para Utente Submetido a Artroplastia Total da Anca [ATA]”, “Recomendações para Utente Submetido a Artroplastia Parcial da Anca [APA]”, “Recomendações para Colocação/Remoção e Utilização do Colar Philadelphia” e “Recomendações para Colocação, Utilização e Remoção do Colete de *Jewel*”. Igualmente, neste momento, existe um projeto em curso muito interessante que sustenta a importância da continuação e transição de cuidados para a comunidade, entre os enfermeiros do internamento e os enfermeiros dos cuidados de saúde primários, que se denomina “Referenciação de Enfermagem da Pessoa Submetida a Cirurgia Após Fratura por Fragilidade do Fémur e Artroplastia do Joelho”. Este projeto obedece a vários critérios de seleção (como uma pontuação inferior a 85 pontos na escala modificada de *Barthel*, por exemplo) e carece de várias avaliações específicas nos registos de enfermagem na plataforma SClínico.

Durante este estágio também tive a oportunidade de observar algumas cirurgias no bloco operatório, o que considero ter sido benéfico para a minha formação, uma vez que acaba por oferecer uma visão mais completa de todo o processo pelo qual a pessoa passa no internamento de um serviço como a ortopedia.

Apraz-me referir que este estágio, embora curto, acrescentou a toda a minha admiração a vontade de aprender e explorar mais ainda este mundo da ortopedia e ortotraumatologia.

1.1.6. Caracterização do Serviço de Equipa de Cuidados Continuados Integrados

Este estágio adicional decorreu numa ECCI a sul do rio Tejo, que visa contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, através da prestação de cuidados individualizados e de proximidade, prestados em diversos contextos.

Esta ECCI tem o privilégio de possuir um EEER que presta cuidados de enfermagem especializados em âmbito domiciliário, além de assegurar os cuidados de enfermagem correspondentes à ECCI. É de facto de louvar tal empenho e dedicação à área de ER.

Igualmente, esta ECCL iniciou a sua atividade em 2010, com 25 vagas contratualizadas, número que se mantém até ao presente, contando com um EEER desde 2023. Nessa altura, foi criado um Projeto promissor para a ULS em questão, tendo estabelecido como objetivos prestar cuidados de ER centrados na pessoa com alterações da funcionalidade, visando a maximização da mesma, no sentido da sua autonomia e reinserção familiar e social, integrando a família/cuidador no processo de reabilitação. Este projeto é bastante interessante e amplo, permitindo uma atuação especializada completa e ajustada às reais necessidades da pessoa e do cuidador. O facto de os programas de ER terem lugar nos domicílios das próprias pessoas torna a atuação do EEER não só necessária, como também desafiante, procurando estimular os processos de adaptação e criatividade na implementação deste tipo de projetos.

Os profissionais que integram a ECCL a tempo integral são o enfermeiro coordenador, seis enfermeiros e um assistente operacional, sendo que a tempo parcial é possível a prestação de cuidados de outros profissionais, tais como, a técnica de serviço social, dietista, fisioterapeuta, psicólogo e higienista oral.

As visitas domiciliárias são programadas de acordo com as necessidades da pessoa, dentro do horário de atendimento, todos os dias da semana, garantindo a continuidade dos cuidados em âmbito curativo, preventivo, social, psicológico, de reabilitação e paliativo.

Mais especificamente, os cuidados de ER são realizados consoante o horário da EEER (maioritariamente em dias úteis) e, considerando que esta profissional assume os cuidados de ER, bem como os cuidados de enfermagem gerais, não foi possível durante o estágio realizar mais do que uma sessão semanal para as pessoas integradas no projeto de ER. As intervenções mais comumente realizadas, salvaguardando a individualidade dos cuidados especializados e adequação a cada contexto, situação e família, estão relacionadas com o treino de AVD, treino motor, treino cardiorrespiratório, treino neuromotor e propriocepção, bem como diversos ensinamentos sobre as mais variadíssimas necessidades, desde comportamentos de risco, posturais viciosas ou adequação do mobiliário/barreiras arquitetónicas, tendo em conta a nova condição da pessoa.

É ainda possível contar com diversos recursos materiais, tais como, goniómetro, faixa elástica, halteres (0,5 kg e 1 kg), bastão para abertura costal, saco de areia, *flutter*, *acapella*, espirómetro de incentivo, tábua de transferência, cinto de transferência, jogos/dispositivos para estimulação cognitiva e de motricidade fina, *step*, pedaleira, pinça de vestir, abotoador de botões e fecho-éclair, bem como pratos, copos, talheres, pente, escova de dentes e calçadeira adaptadas. Igualmente, esta unidade dispõe da possibilidade de requisitar ao serviço social dispositivos de apoio para as pessoas, tais como calçadeiras, calçadeiras de meias, pinças de cabo longo, meios auxiliares de marcha, etc. Isto constitui-se como um dos variados exemplos da articulação multidisciplinar entre a equipa.

De facto, não só foi um estágio muito benéfico para o meu desenvolvimento, como também possibilitou o conhecimento de um contexto e abordagem distintos e tão caraterísticos como são os cuidados de ER em âmbito domiciliário.

1.2. ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE CUIDADOS

Desde o princípio da história da ER em Portugal que se dá primazia ao conceito de cuidar e à promoção da funcionalidade como vetores do reconhecimento da especialidade, assim como “a sua influência na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, bem como na promoção de uma sociedade inclusiva”. Serve isto então como impulsionador para a criação das competências específicas dos EEER e dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em ER, sendo reconhecida como uma área de intervenção clínica com contributo significativo para a obtenção de ganhos em saúde, respondendo de forma eficaz às necessidades reais da população e às novas exigências dos cuidados de enfermagem, assumindo-se como prioritária a monitorização desses ganhos e a produção de indicadores sensíveis aos cuidados de ER (Gaspar et al., 2021, p. 12).

Deste modo, no exercício profissional dos EEER, a forma como os cuidados de ER são planeados, organizados e implementados reflete a orientação dos profissionais para a resposta às necessidades concretas das pessoas, nos diversos contextos de intervenção (Ventura et al., 2021). Neste sentido, foi possível verificar que os locais de estágio vão ao encontro do presente nos documentos reguladores da profissão, mais especificamente da especialidade de ER. Desta forma, procede-se à caracterização dos locais de estágio no que toca à organização dos cuidados, bem como aos sistemas de informação.

No estágio em contexto domiciliário, o método de trabalho adotado é o método de gestor de caso, pertinente para a tipologia de cuidados em questão. Já nos restantes locais de estágio o método de trabalho utilizado é o método de enfermeiro responsável, embora seja hábito um ambiente de interajuda e cooperação perante os desafios que cada serviço enfrenta, permitindo uma continuidade dos cuidados mais coesa entre os elementos da equipa. O momento de passagem de turno foi comum em todos os locais e continua a ser um método inigualável de transmissão de informação do modo mais eficaz possível, permitindo, segundo a Direção-Geral da Saúde ([DGS], 2017), uma correta e eficiente transição dos cuidados de saúde, revelando-se essencial para a segurança da pessoa e estando associada a um aumento da qualidade na prestação de cuidados. A mesma depende da sua transição segura, primando por uma comunicação precisa e eficaz entre as equipas prestadoras de cuidados, procurando assegurar a sua continuidade e a segurança da pessoa (DGS, 2017).

Deste modo, é de realçar que o facto de em todos os serviços os EEER agirem de modo independente face à restante equipa de enfermagem, requer uma articulação deveras importante e diferenciadora para uma prestação de cuidados de qualidade, já que o EEER

assume a responsabilidade de todos os utentes internados no serviço que necessitem de cuidados especializados de reabilitação. Apenas na ECCI e no serviço de medicina interna (devido a rácios mais reduzidos que nos restantes locais) o EEER assume a responsabilidade dos cuidados de enfermagem gerais, bem como dos cuidados especializados de determinadas pessoas. Embora no último caso haja a tentativa de articulação para prestação de cuidados especializados aquando da necessidade a outras pessoas, nem sempre se torna possível devido à elevada afluência nesta tipologia de serviço, bem como à falta de recursos humanos que se faz sentir um pouco por todo o país.

No que concerne aos sistemas de informação, os registos de enfermagem alicerçam-se na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem ([CIPE], 2019), sendo que, no caso dos serviços de medicina interna e ortopedia, são realizados na plataforma SClinico – Cuidados de Saúde Hospitalares, identificando os focos e diagnósticos de ER pertinentes e identificando determinadas intervenções para dar resposta às necessidades das pessoas.

No caso do serviço de medicina interna, usualmente, o horário das intervenções especializadas era escolhido para o dia e turno fixo, escolhendo o turno da manhã no próprio dia, completando as especificações das intervenções especializadas em local indicado para observações, por exemplo, colocando os exercícios realizados, volume (repetições e séries), por vezes, grau de evolução e/ou tolerância da pessoa e outras informações consideradas pertinentes. No caso do serviço de ortopedia, obedecia a diretrizes mais específicas (como no caso de determinados projetos referidos previamente), que em linhas gerais incluíam uma avaliação detalhada do grau de dependência, do potencial, da capacidade da pessoa, bem como outras questões relevantes.

Quanto ao estágio de observação no serviço de ortopedia, os registos de toda a equipa, bem como os de ER eram realizados em suporte informático próprio, *InterSystems – TrakCare*, que incluem se foi ou não realizada Reeducação Funcional Respiratória [RFR] no pré e pós-operatório; quanto à higiene e conforto: cuidados de higiene, vestuário da parte superior e inferior do corpo, calçado (especificando o tipo de ajuda); bem como relativo à mobilidade: exercícios isométricos, mobilização do Membro Inferior [MI] direito, MI esquerdo, MS direito, MS esquerdo (com tipo de exercícios e tipo de ajuda), alternância de decúbitos, levante, transferência (com tipo de ajuda), tala dinâmica (com os graus de flexão), deambulação e subir e descer escadas (com a especificação do meio auxiliar de marcha e o tipo de ajuda). Também é realizada avaliação da força muscular (com escala de *Lower*) do membro afetado e membro são; equilíbrio (com escala de *Berg* modificada) estático e dinâmico, sentado e em ortostatismo; amplitude articular da articulação afetada; dor (com escala numérica da dor) antes, durante e após a reabilitação. Igualmente, são registados os ensinamentos e treinos com a pessoa e/ou família/cuidador, que incluem os posicionamentos no leito mais adequados consoante a situação, inverter o sentido de marcha, extensão lombo-

pélvica, utilização do sanitário/polibano/banheira, entrada e saída do carro, exercícios para o domicílio, prevenção de acidentes, posturas sexuais, levantar/deitar, marcha, escadas, entre outros que se considerem pertinentes. Dentro destes parâmetros são especificados o tipo de ajuda (ajuda total, ajuda parcial, supervisão e independente), os tipos de mobilização (auto mobilização, mobilização passiva, mobilização ativa assistida, mobilização ativa resistida, mobilização ativa livre), assim como os meios auxiliares de marcha (andador, canadianas, CR), podendo acrescentar nas observações outras informações consideradas adequadas para um registo do plano de cuidados de ER mais completo e ajustado possível.

Na ECCI, os registos de enfermagem são realizados na plataforma SClínico, mas sem intervenções específicas da especialidade integradas no programa. Isto significa que os registos foram realizados mediante a realização de notas de enfermagem em todos os contactos, mas sempre do modo mais completo possível, integrando não só as diversas avaliações mediante os instrumentos e avaliação requeridos pelo projeto de ER, mas também com uma descrição detalhada de todas as intervenções implementadas e respetiva evolução da pessoa. Igualmente, devido ao contexto da ECCI, estes registos eram duplicados para a plataforma *GestCare*, já que a ECCI integra a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Por fim, no SRA, para minha surpresa pessoal, os registos de enfermagem eram realizados em suporte físico/manual, ou seja, no processo físico de cada pessoa. Apesar deste facto, é de realçar que tudo está bem esquematizado de forma a otimizar os registos efetuados manualmente, com folhas de registos de fácil e rápido preenchimento (tanto quanto possível). O único registo efetuado a nível informático está relacionado com o sistema de classificação de doentes, que todos os serviços adotam na tentativa de prever as horas de cuidados necessários para as seguintes 24 h e colmatar as necessidades de recursos humanos que em todos os serviços ao longo de país se torna evidente.

O formulário de colheita de dados de enfermagem na admissão, além dos dados comuns sobre o estado civil, idade, contactos, familiares, morada, unidade de saúde da área de residência, profissão, religião, escolaridade, diagnóstico, incapacidade, antecedentes pessoais, resumo da situação, produtos de apoio e tratamento de roupa, está organizado segundo as atividades de vida do Modelo Conceptual de Roper, Logan e Tierney, ou seja: manter um ambiente seguro, comunicar, respirar, comer e beber, eliminar, higiene pessoal e vestir-se, manter a temperatura corporal, mobilizar-se, trabalhar e distrair-se, exprimir a sexualidade, dormir e morrer.

Os registos de enfermagem, além da nota de enfermagem geral (na qual podem ser caracterizados mais em detalhe), estão esquematizados numa só tabela para serem de fácil preenchimento para todos os turnos e incluem os registos sobre determinados tópicos de

cuidados associados ao grau de dependência (ajuda total – AT; ajuda parcial – AP; supervisão – S; independente – I) e se é executado/aplicável ou não, como descrito em seguida:

- ❖ Alimentação: Bem > 50%; Regular = 50%; Mal < 50%;
- ❖ Higiene e Conforto: cuidados parciais de higiene; higiene oral, pentear e barbear; banho; vestuário da cintura para cima; vestuário da cintura para baixo; calçado;
- ❖ Eliminação: eliminação intestinal; micção; eliminação por perdas; algaliado; algaliar (hora); desalgaliar (hora); esvaziamento; esvaziamento ou volume residual por auto algaliação; volume residual;
- ❖ Mobilidade: mobilização MS e MI (tipo); alternância de decúbitos; transferências; atividades na cama; treino de equilíbrio; ortóteses (colar/MS/tronco/MI); talas pneumáticas/esponja/barbas; posição de pé; deslocação (marcha/CR/cama);
- ❖ Outros cuidados: avaliação capilar; sinais vitais, pensos, RFR.

Quanto aos registos de enfermagem na UT de AVD no centro de reabilitação são realizados num formulário em documento *word* já preconizado para o efeito, no qual se incluem parâmetros como: resumo da história clínica, habitação (com quem vive, acessibilidade e casa de banho), produtos de apoio (que possui, propostos e adquiridos), reintegração social. Ainda na avaliação funcional, integrando a avaliação da MIF, engloba: locomoção, equilíbrio (estático e dinâmico, sentado e em pé), higiene (higiene oral, facial, mãos, pentear o cabelo, barbear/maquilhar, banho), vestuário da metade superior (camisola, camisa ou casacos, soutien), vestuário da metade inferior (calças, meias elásticas), calçado (meias, sapatos), outros (utilização da sanita, dar o laço, fechos, botões), transferências (cama, sanita, banheira ou duche, desníveis automóvel) e atividade na cama (arrastar, virar, deitar, sentar). No final do documento encontram-se os objetivos da unidade, observações sobre a reunião de objetivos da equipa, da reavaliação, da reunião de família/ensino aos cuidadores e observações gerais.

Por outro lado, em todos os locais de estágio houve sempre um cuidado em refletir com o enfermeiro orientador sobre o plano de cuidados de ER a desenvolver para cada pessoa, consoante as suas necessidades e características, possibilitando adquirir e desenvolver competências no âmbito da ER, com especial ênfase na avaliação e diagnóstico da situação de saúde, bem como prestar os cuidados especializados mais adequados.

Ainda houve a possibilidade de criar projetos e atividades em prol das necessidades de cada serviço (com exceção do estágio de observação e do serviço de AVD, devido ao curto espaço de tempo).

No âmbito do estágio de ortotraumatologia, foi desafiante encontrar algum contributo que o serviço necessitasse, uma vez que haviam projetos de ER em curso e tudo estava perfeitamente organizado, embora seja algo bastante positivo para o serviço em si e sobretudo

para as pessoas. Apesar deste facto, em reflexão com o enfermeiro orientador, notámos que haveria benefício em proceder a uma atualização de alguns folhetos, nomeadamente os relativos às “Recomendações para Utente Submetido a Artroplastia Total do Joelho [ATJ]” (Apêndice A), “Recomendações para Utente Submetido a Artroplastia Total da Anca [ATA]” (Apêndice B) e “Recomendações para Utente Submetido a Artroplastia Parcial da Anca [APA]” (Apêndice C). Nesse momento, os folhetos careciam de um contributo importante, que era realizado nos ensinamentos em âmbito prático, mas não constavam no material de leitura em si, mais precisamente os ensinamentos sobre os exercícios musculoesqueléticos para realização no domicílio após a alta, sobre os quais eram realizados ensinamentos e treinos no internamento. Foi então possível realizar uma atualização dos mencionados folhetos que aguardam aprovação do departamento de qualidade da ULS.

Quanto ao estágio neurológico, também constituiu um desafio encontrar possíveis projetos para o serviço, já que neste centro tudo se encontra organizado e estruturado não só na equipa de enfermagem, mas também relativamente à restante equipa multidisciplinar. Apesar disso, e como a motivação perdura, em discussão com a enfermeira supervisora e por estar relacionado indiretamente com o meu projeto, surgiu a ideia de realizar um poster sobre “Movimento Corporal: Membro Superior” (Apêndice D), que foi afixado no serviço e um impulso para o início de projetos sobre terapia de espelho [TE] no SRA. Deste modo, também pude contribuir com a construção de uma estrutura que agilizasse a implementação da TE em âmbito prático, que, após alguns protótipos (figura 1), conseguiu-se uma versão final (figura 2).

Figura 1: Primeiro protótipo da construção do espelho



Fonte: Autoria própria

Figura 2: Versão final do espelho



Fonte: Autoria própria

No âmbito do estágio em contexto domiciliário, foi possível contribuir com dois projetos bastante interessantes: a criação do dossier de texturas (figura 3) e de um folheto informativo denominado “Enfermagem de Reabilitação: Treino de Equilíbrio e Força Muscular – Exercícios Funcionais” (Apêndice E). Realmente o dossier de texturas era algo pelo qual estava entusiasmada por criar desde a área teórica do curso. Embora não tenha sido possível realizá-lo no estágio neurológico (uma vez que já existia), fiquei muito contente com a possibilidade de fazer esta atividade neste estágio em contexto domiciliário. Foi de facto muito prazeroso realizar este projeto, sendo que foi possível reunir bastantes texturas diversas e com materiais relativamente fáceis de manusear e encontrar, de modo a poder substituir facilmente sempre que necessário.

Figura 3: Dossier de texturas



Fonte: Autoria própria

Igualmente, foi possível contribuir para a realização de um folheto informativo para a ECCL com o título “Enfermagem de Reabilitação: Treino de Equilíbrio e Força Muscular – Exercícios Funcionais”. Este folheto já tinha a informação selecionada, bem como as imagens ilustrativas a utilizar, mas faltava organizar toda a informação num formato deveras reduzido para toda a informação necessária que se pretendia transmitir. Foi proveitoso para mim contribuir para este folheto, mas principalmente, foi necessário para a unidade em si.

Quanto ao estágio cardiorrespiratório, revelou-se pertinente realizar um projeto do qual o serviço de medicina interna necessitava. Em conjunto com a enfermeira orientadora, surgiram algumas ideias, mas a que considerámos mais necessária para o momento foi a Dinamização de uma Sala de Atividades. A verdade é que esta ideia e sala em si já existiam, mas (devido à mudança recente da chefia) carecia de uma otimização adequada ao seu propósito. Muitas vezes, este espaço físico era utilizado mais com um sentido de armazenamento e arrumação de material do que propriamente para a finalidade com que foi criado. Por isso, sentimos que seria uma boa oportunidade para poder dinamizar a sala de atividades e, de alguma forma, evitar uma banalização e término da sala a médio/longo prazo.

Neste sentido, foi necessário estabelecer objetivos para o projeto, mais precisamente avaliar o espaço e materiais existentes, definir os critérios de elegibilidade para frequentar a

sala, propor as intervenções a concretizar e, ainda, selecionar os materiais necessários, considerando o potencial da pessoa para a reeducação das funções cardiorrespiratória, motora, sensorial e cognitiva. Para tal, foi utilizado como suporte a literatura existente, a observação da prática clínica e os contributos da equipa de EEER. No decorrer do estágio, em algumas situações da prática de cuidados, houve oportunidade de utilizar a sala de atividades para implementar as intervenções de ER para as pessoas de quem cuidámos, o que se revelou pertinente e motivador para todos.

Por forma a deixar um contributo de relevo para o serviço, foi realizada uma apresentação (Anexo A) para os enfermeiros de cuidados gerais e EEER. Foi muito interessante ver que a apresentação em si resultou numa discussão e troca de ideias benéfica e espero que frutífera para a posteridade entre todos os membros da equipa presentes, pois seria uma pena ver um projeto tão interessante e pertinente ser deixado para trás.

Igualmente, como culminar deste estágio, surgiu a oportunidade de participar num evento científico, mais especificamente nas Jornadas do Núcleo de Enfermagem de Reabilitação da ULS Santa Maria, não só assistindo às diversas apresentações (Anexo B), como também submetendo este projeto para apresentação sob o título “Contributos do EEER para a Promoção da Funcionalidade no Internamento de Medicina Interna: Dinamização de uma Sala de Atividades”. Embora esta possibilidade não tivesse sido inicialmente perspetivada, constituiu uma experiência particularmente enriquecedora a nível pessoal e profissional. Após a submissão do resumo para eventual apresentação nas Jornadas (Apêndice F), o trabalho foi aceite (Anexo C), o que permitiu elaborar uma apresentação em formato de comunicação livre (Apêndice G), com a duração de 10 minutos, sobre o projeto desenvolvido.

No decorrer deste estágio houve ainda a oportunidade de realizar um estudo de caso com a temática “Contributos de ER à pessoa com doença respiratória restritiva aguda associada a Insuficiência Cardíaca” (Apêndice H), posteriormente submetido e apresentado em comunicação oral nas I Jornadas do Núcleo de Enfermagem de Reabilitação da ULS Baixo Alentejo (Apêndice I), possibilitando a participação no evento quer como assistente (Anexo D), quer como interveniente com comunicação oral (Anexo E). De igual modo, foi possível contribuir na realização de outro estudo de caso, em colaboração com a mestrande Inês Luciano, sobre o tema “Intervenção de enfermagem de reabilitação na pessoa idosa submetida a cirurgia abdominal com intolerância à atividade: estudo de caso” (Apêndice J e Anexo F).

Foram de facto experiências enriquecedoras para a minha formação e para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. De certa forma, com estas participações, espero ter conseguido honrar os meus pares, o meu Professor, a escola, o serviço, os projetos e mim própria.

Por tudo o acima exposto, é impreterível afirmar que o EEER é parte fundamental da equipa, não só de enfermagem, mas também multidisciplinar, visando a primazia dos cuidados especializados a toda e qualquer pessoa alvo dos cuidados.

1.3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO-ALVO

A fim de planear contínua e eficazmente a prestação de cuidados de ER nos locais de estágio, tornou-se essencial uma correta análise da população-alvo que usufrui dos cuidados de saúde em Portugal, tendo em conta as alterações sociodemográficas que sofre.

Na Europa observa-se um processo de envelhecimento da população, resultado do decréscimo da taxa de natalidade e do aumento da esperança média de vida, constituindo uma realidade sociodemográfica que se torna motivo de preocupação nos países do sul da Europa, mas especialmente em Portugal. O nosso país apresenta um dos mais elevados índices de envelhecimento da União Europeia, sendo que este desequilíbrio demográfico tem sido agravado pelas altas taxas de emigração, que contribuem ainda mais para a redução da população jovem (Preto et al., 2023). Em 2024, o Instituto Nacional de Estatística ([INE], 2025a) comprovou o incremento do envelhecimento demográfico em Portugal, inclusive o índice de envelhecimento aumentou para 192,4 pessoas idosas por cada 100 jovens.

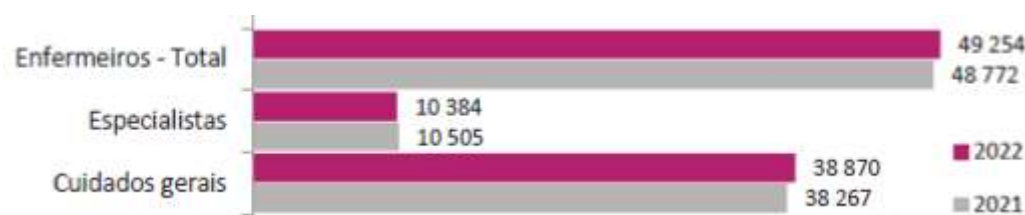
Neste sentido, em 2022, ao considerar a informação sobre a existência de limitações devido a problemas de saúde, houve uma diminuição da estimativa de anos de vida saudável aos 65 anos para 7,9 anos, mais baixa para o sexo feminino do que para o masculino (INE, 2024). Além disso, os dados sobre a população idosa em Portugal indicam uma incapacidade significativa entre estas pessoas, sendo que aproximadamente 50% relata ter grande dificuldade ou ser incapaz de realizar pelo menos uma das AVD (Rosa et al., 2021).

Em 2022, as mortes motivadas por doenças, isto é, mortes naturais, constituíram 95,7% do total de mortes de residentes em Portugal, essencialmente por doenças do aparelho circulatório (25,9% do total de óbitos), mais especificamente por doenças cerebrovasculares e por doença isquémica do coração, e também por doenças oncológicas. É importante mencionar que 61,2% dessas mortes naturais de residentes nacionais deram-se em estabelecimentos hospitalares (INE, 2024).

Quanto aos cuidados de saúde em si, foi possível registar 1,1 milhões de internamentos (mais 29,4 mil do que em 2021), correspondendo a um incremento dos dias de internamento para 10,2 milhões, com uma duração média de internamento de 7,3 dias nos hospitais gerais e de 49,5 dias nos hospitais especializados (INE, 2024). Igualmente, realizaram-se 1,1 milhões de cirurgias (com exceção de pequenas cirurgias) nos hospitais, mais 71,1 mil do que no ano anterior, sendo que a especialidade de ortopedia foi a segunda mais relevante com 17% (INE, 2024).

Ainda em 2022, como apresenta o gráfico 1, houve um ligeiro acréscimo relativamente ao ano anterior com mais 482 enfermeiros a exercer em âmbito hospitalar, sendo que 78,9% eram enfermeiros de cuidados gerais e 21,1% eram EE, sendo os EEER a segunda especialidade mais prevalente com 22% (INE, 2024).

Gráfico 1: Pessoal ao serviço nos hospitais (Enfermeiros), Portugal, 2021 e 2022

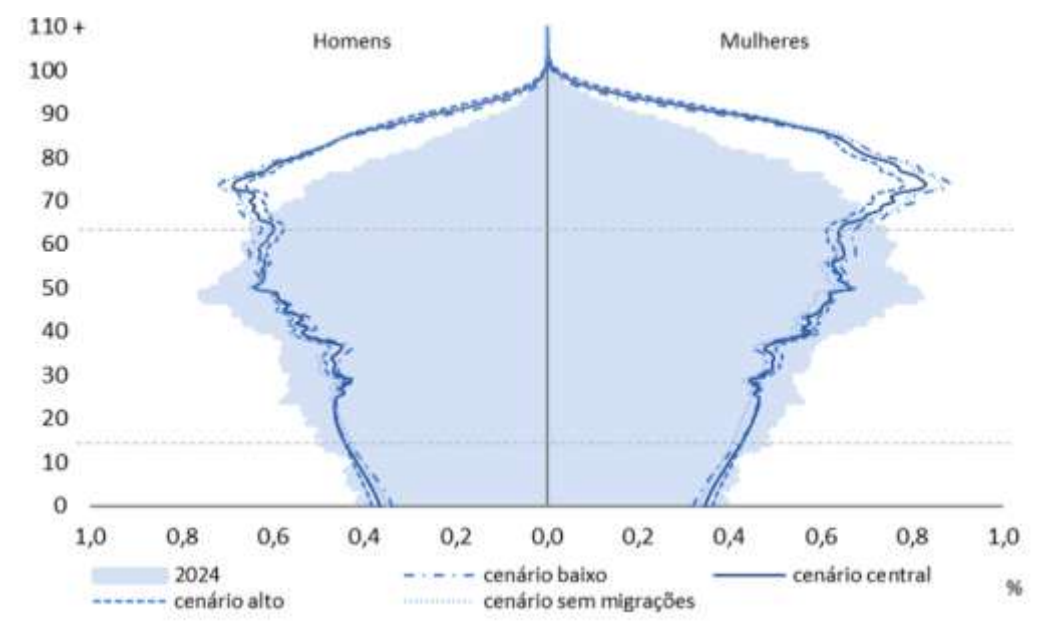


Fonte: INE (2024)

Embora estes os dados sociodemográficos sejam preocupantes, a situação tende a agravar-se nos anos vindouros.

Segundo o recente relatório de Projeções da População Residente 2025-2100 do INE (INE, 2025b), de acordo com o cenário central de projeção, não só haverá uma perda da população portuguesa em cerca de 2,4 milhões de pessoas, como também diminuirão o número de jovens e aumentará o número de idosos, passando de 2,6 para 3,1 milhões. Este relatório também nos refere uma diminuição da população em idade ativa, bem como um acentuado aumento do índice de dependência de idosos de 39 para 73 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa. Igualmente, no gráfico 2 está evidenciada a pirâmide etária portuguesa com projeções para 2050, que, em todos os cenários, apresenta uma população mais envelhecida com o topo da pirâmide evidentemente mais alargado, bem como uma redução e envelhecimento da população em idade ativa (INE, 2025b).

Gráfico 2: Pirâmide Etária, Portugal, 2024 (estimativas) e 2050 (projeções, por cenários)



Fonte: INE (2025b)

Desta forma, o acima exposto requer um esforço acrescido da profissão de enfermagem, com especial ênfase na ER, no sentido de adaptar os cuidados prestados e oferecer uma resposta tão célere e eficaz quanto possível às crescentes necessidades da população portuguesa.

Quanto aos locais de estágio, a população-alvo enquadra-se na caracterização prévia, com determinadas especificidades das próprias pessoas, bem como de cada tipologia de serviço/unidade.

As pessoas internadas no serviço de medicina interna, como é comum, apresentam uma grande variedade de patologias, entre as quais se destacam doenças em fase inaugural ou de agudização do foro respiratório, neurológico, cardiovascular, infeccioso, metabólico e oncológico, nomeadamente, insuficiência respiratória, pneumonia, doença pulmonar obstrutiva crónica agudizada, AVC, doenças neurodegenerativas, insuficiência cardíaca descompensada, enfarte agudo do miocárdio, infeções do trato urinário, bem como desidratação, lesão renal aguda ou crónica agudizada e desequilíbrios hidroeletrólíticos.

Mais especificamente na UMD pertencente a este serviço de medicina interna, e devido à sua especificidade, existem diversos critérios de admissão, explanados de seguida:

- Suporte único de órgão:
 - ❖ Insuficiência respiratória aguda com necessidade de:
 - Ventilação não invasiva [VNI];
 - Oxigenoterapia de alto fluxo nasal;
 - Necessidade crescente de oxigenoterapia convencional com Fração Inspirada de Oxigénio [FiO₂] > 50%.
 - ❖ Instabilidade hemodinâmica com necessidade de:
 - Fármacos vasopressores, inotrópicos ou antiarrítmicos endovenosos;
 - Monitorização invasiva da pressão arterial.
 - ❖ Lesão renal aguda com necessidade de:
 - Técnica de substituição renal intermitente (e futuramente contínua);
 - Necessidade de monitorização do balanço hídrico.
- Suporte de órgão respiratório não invasivo + cardiovascular se apenas sob um fármaco vasoativo;
- Necessidade de vigilância por condição clínica em deterioração ou com risco elevado de deterioração, como por exemplo:
 - ❖ Sépsis;
 - ❖ Hemorragia não controlada;
 - ❖ Insuficiência hepática aguda;
 - ❖ Alteração aguda do estado de consciência.

- Necessidade de monitorização de parâmetros fisiológicos frequente, como por exemplo:
 - ❖ Distúrbios eletrolíticos graves;
 - ❖ Cetoacidose diabética.
- Realização de fármacos com necessidade de monitorização cardiopulmonar contínua;
- Realização de protocolos de dessensibilização de fármacos.

Quanto ao SRA, normalmente estão internadas pessoas adultas mais jovens que nos restantes serviços e, tendencialmente, com bom potencial de reabilitação. As patologias mais prevalentes nesta população incluem AVC, TCE, amputação, ataxia, síndrome de *guillain-barré*, esclerose múltipla e esclerose lateral amiotrófica.

Por fim, o serviço de ortopedia engloba o internamento de adultos, maioritariamente pessoas idosas com vários tipos de patologias, nas quais destaco as seguintes: gonartrose, coxartrose, *hallux valgus*, síndrome do canal cárpico, # de diversos tipos e localizações anatómicas, como a extremidade superior do fémur, maleolar, úmero, acetábulo, vertebral, entre outros. Apesar deste facto, foi notório o rápido potencial de reabilitação desta população, devido aos esforços de toda a equipa multidisciplinar, neste caso, com especial ênfase na ER.

Igualmente, torna-se relevante o envolvimento da família/cuidador no processo de cuidados, a fim de promover um suporte social sólido aquando da continuidade e transição dos mesmos, mas sem nunca esquecer que, sendo a pessoa o principal alvo dos nossos cuidados, é da nossa competência como EEER capacitá-la e maximizar a sua funcionalidade para alcançar o seu máximo potencial (Regulamento n.º 392/2019).

Na generalidade, em todos os serviços foi possível verificar que as comorbilidades da pessoa, o grau de dependência e de funcionalidade, a situação clínica (quer seja a nível fisiopatológico, quer seja na própria perceção de saúde da pessoa) e a motivação em melhorar a sua condição de saúde influenciam bastante a adesão aos cuidados de ER, o que valoriza a importância do tipo de abordagem e flexibilidade do EEER na prestação de cuidados.

2. REFERENCIAIS TEÓRICOS DE ENFERMAGEM

No contexto da ER, segundo um estudo conduzido por Martins et al. (2018), os EE e os EEER estruturam a sua prática com base em referenciais teóricos que orientam de forma sistemática a avaliação, planeamento e implementação dos cuidados, destacando-se especialmente a Teoria das Transições, de Afaf Meleis, a Teoria do Autocuidado, de Dorothea Orem, o Modelo de Adaptação, de Callista Roy, e a Teoria do Cuidado Transcultural, de Madeleine Leininger. Neste sentido, para o projeto que delinee, procurei suporte teórico nos referenciais teóricos de Afaf Meleis e Dorothea Orem.

A teoria de Meleis orienta os profissionais na facilitação das transições de saúde e na adaptação das pessoas às mudanças nos seus estados funcionais, enquanto a teoria de Orem foca a promoção do autocuidado e da independência funcional. A aplicação destes referenciais teóricos permite aos EEER validar necessidades, identificar problemas e desenvolver intervenções direcionadas para a recuperação da funcionalidade, a manutenção do bem-estar e a melhoria da qualidade de vida, consolidando uma prática intencional, fundamentada e centrada na pessoa (Martins et al., 2018).

Neste sentido, perante a finalidade do presente documento e como forma de aquisição de competências, torna-se imprescindível basear a prática clínica de cuidados em referenciais teóricos da disciplina de enfermagem, como peça basilar da profissão e dos cuidados prestados.

De modo a alcançar uma base teórica mais sustentada e completa, optou-se por sustentar o presente documento em dois referenciais teóricos de enfermagem: a Teoria das Transições de Afaf Meleis e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Dorothea Orem.

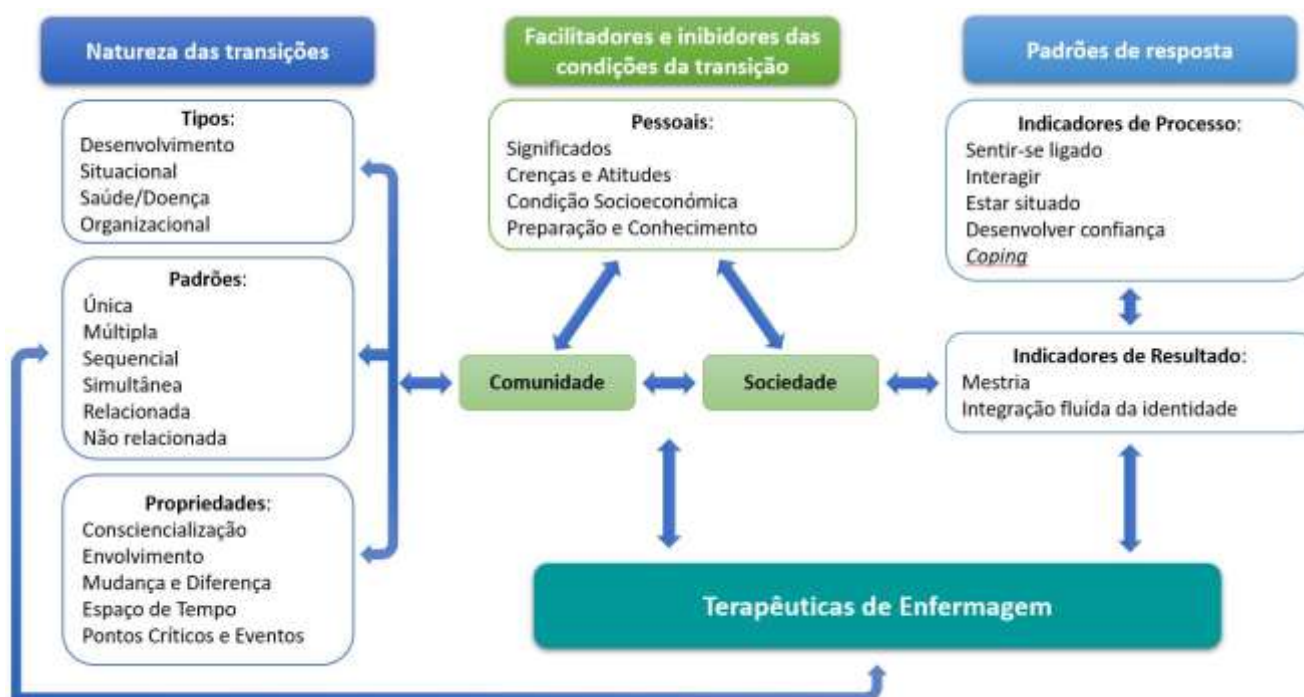
2.1. TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAP MELEIS

Tendo em consideração as inevitáveis transições pelos quais toda e qualquer pessoa se depara no decorrer da vida, pode-se realçar a Teoria das Transições de Afaf Meleis, em que são analisados todos estes complexos processos e que, segundo Ribeiro et al. (2021, p. 50), influencia o EEER na identificação de problemas e necessidades da pessoa, guiando o planeamento e execução de “terapêuticas de enfermagem intencionalmente direcionadas para a facilitação das transições”. Com base nesta Teoria, o enfermeiro manifesta preocupação pelas experiências transitórias vividas pela pessoa, na qual o objetivo das intervenções de enfermagem é a própria saúde e bem-estar (Ribeiro et al., 2021).

Meleis define o conceito de transição “como uma passagem ou movimento de uma fase da vida, condição ou estado para outro, sendo um progresso desencadeado por uma mudança”, o que se assume como elemento central da enfermagem, na compreensão de processos transitivos, procurando desenvolver métodos eficazes para a recuperação de estabilidade e bem-estar da pessoa (Ribeiro et al., 2021, p. 50).

Neste modelo teórico, explanado esquematicamente na figura 4, existem quatro tipos de transições: as transições de desenvolvimento, as situacionais, as organizacionais e as relacionadas com situação de saúde-doença (Ribeiro et al., 2021), constituindo esta última a mais adequada para o contexto clínico experienciado.

Figura 4: Referencial Teórico de Afaf Meleis, adaptado de Wills, 2016



Fonte: Ribeiro et al. (2021, p. 51)

A transição em situação de saúde-doença constitui uma alteração, não só importante, como também muitas vezes drástica, em que tudo requer uma assimilação, aceitação e adaptação perante o novo contexto em que a pessoa se encontra. Acrescentando a estes fatores, encontra-se outra possível condicionante bastante relevante para a pessoa, a qual se compõe em si própria como um processo transitivo: o internamento em cuidados de saúde.

Note-se que a consciencialização e o envolvimento são fatores impreteríveis para uma saudável transição e reabilitação, isto porque a pessoa apenas se envolverá em todo este processo, se for consciente das suas mudanças físicas, emocionais e sociais. Por outro lado, o EEER também deve estar ocorrente das condições facilitadoras e inibidoras dos processos transitivos, tomando conhecimento de condições pessoais, da comunidade e sociedade, já que podem influenciar e desencadear uma resposta positiva perante as transições (Ribeiro et al., 2021).

Neste sentido, a intervenção perita do EEER, através de terapêuticas de enfermagem eficientes, apenas será completa se englobar o apoio à pessoa, sendo capaz de lhe prover mecanismos de *coping* adequados para percorrer todo o processo de transição da melhor e mais flexível forma possível, uma vez que se constitui como um processo complexo e deixa a

pessoa vulnerável perante as dificuldades sentidas e o agravamento devido à mudança (Ribeiro et al., 2021).

Tal como reforça Ribeiro et al. (2021, p. 52), um processo transitivo que se dá do modo mais saudável possível, ocorre “quando se atinge a máxima capacitação da pessoa e se maximizam a funcionalidade e autonomia, melhorando de forma significativa a sua qualidade de vida”.

2.2. TEORIA DOS SISTEMAS DE ENFERMAGEM DE DOROTHEA OREM

No seguimento do referencial teórico prévio, é importante enquadrar ainda outro modelo teórico: a Teoria de Enfermagem do Autocuidado, de Dorothea Orem, mais especificamente, em uma das suas subteorias, a Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

Além de se definir como “uma função humana reguladora”, o Autocuidado prende-se com uma ação propositada efetuada pela pessoa como forma de regular o seu funcionamento e desenvolvimento próprios ou, até, dos que lhe são dependentes (Petronilho & Machado, 2016, p. 6). Deste modo, Orem menciona que, embora toda e qualquer pessoa tenha potencial para o autocuidado, devido ao conhecimento, habilidades e experiência obtidas no decorrer da vida, por vezes, quando a pessoa não tem a capacidade de realizar o autocuidado, é necessário suporte de outras pessoas com responsabilidade requerida para a sua execução (Petronilho & Machado, 2016).

Assim, a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, esquematizada na figura 5, faz alusão ao modo como a pessoa e/ou o enfermeiro “dão resposta às necessidades de autocuidado”, acrescentando que o sistema de enfermagem tem por base não só as necessidades de autocuidado, mas também a capacidade da pessoa em si ao desempenhar as atividades do autocuidado, sendo que os cuidados de enfermagem surgem



Fonte: Ribeiro et al. (2021, p. 52)

quando se dá um défice de autocuidado entre o que a pessoa tem capacidade para executar e o que é necessário ser executado para a manutenção do funcionamento pretendido (Petronilho & Machado, 2016, p. 8).

Neste sentido, Orem refere três classificações diferentes para esta teoria (Petronilho & Machado, 2016, p. 8):

- Sistema Totalmente Compensatório, em que “a pessoa não consegue envolver-se nas ações de autocuidado, tornando-se socialmente dependente de outros para a sua sobrevivência e bem-estar”;
- Sistema Parcialmente Compensatório, no qual o enfermeiro e a pessoa participam na realização das tarefas de autocuidado, sendo que o primeiro assume uma função de compensar as limitações da pessoa, quer sejam resultantes de patologias ou condições médicas, variando com o conhecimento e habilidade requerida para a tarefa, assim como a força de vontade manifestada pela pessoa em realizar e aprender as atividades;
- Sistema de Apoio/Educação, em que a pessoa consegue realizar o autocuidado e, para a sua execução, só necessita de apoio, orientação e instrução por parte do enfermeiro.

Tendo estes aspetos em consideração, sabemos ser bastante comum no internamento a utilização de um sistema totalmente compensatório quando é, muitas vezes, injustificado, já que não se verifica essa necessidade.

Diversos são os momentos em que, embora a pessoa apenas tenha necessidade de um sistema parcialmente compensatório ou, até, de apoio/educação, é comum a substituição da pessoa por parte do enfermeiro. Já Petronilho e Machado (2016, p. 11) referem que “expressões como «mais fácil» e «mais rápido» colocam a promoção da capacidade para o autocuidado em segundo plano, pois a pessoa dependente acaba por ser substituída”.

A teoria contribui para a melhoria da prática, ao apoiar a resposta aos desafios de um contexto clínico complexo e em permanente evolução, sendo essencial para fundamentar a decisão clínica, tanto nos cuidados de saúde gerais como especializados (Martins et al., 2018).

Apesar da relevância dos referenciais teóricos supramencionados para a prática dos EEER, segundo Martins et al. (2018), o desafio permanece na sua incorporação nos contextos clínicos, sendo a consolidação teórica essencial para uma prática sistematizada e intencional.

3. ENQUADRAMENTO DA TEMÁTICA

A prática baseada na evidência científica mais atual é imprescindível para sustentar a prestação de cuidados especializados seguros, apropriados e úteis (Regulamento n.º 140/2019).

Por forma a enquadrar a temática relativa à promoção da funcionalidade do MS, recorreu-se à pesquisa da literatura científica sobre este tema pertinente e atual, que despertou um interesse pessoal no decorrer do curso e dos momentos de estágio, mais especificamente, a terapia de espelho [TE]. A TE assume particular interesse neste trabalho pela sua relação com a promoção da funcionalidade do MS, podendo constituir uma estratégia complementar no âmbito das intervenções de ER.

Por outro lado, de modo a sustentar cientificamente o projeto, foi realizada uma revisão da literatura orientada para a identificação de intervenções de reabilitação promotoras da funcionalidade do MS no adulto. Foi então possível realizar uma revisão sistemática da literatura sobre “Quais as Intervenções de Reabilitação mais eficientes na Promoção da Funcionalidade do Membro Superior do Adulto e do Idoso: uma Revisão Sistemática da Literatura”.

A revisão sistemática da literatura constitui uma abordagem investigativa de natureza secundária e caráter retrospectivo, sustentada na aplicação de procedimentos metodológicos rigorosos, explícitos e estruturados para a identificação e recolha de evidência científica. Este método possibilita a triagem de estudos com maior qualidade metodológica, bem como a análise crítica, integração e síntese dos dados obtidos, favorecendo a posterior transferência do conhecimento produzido para a prática profissional e científica (Vilelas, 2020).

Assim, seguem-se o enquadramento da temática relativamente à TE e, posteriormente, a revisão sistemática da literatura.

3.1. TERAPIA DE ESPELHO: UM REFLEXO DA NEUROPLASTICIDADE

Todos os processos de transição são momentos desafiantes para a capacidade do ser humano se adaptar, particularmente em processos associados às transições saúde/doença, as quais podem comprometer a autonomia do autocuidado no decorrer das diferentes etapas do ciclo vital (Castro et al., 2018).

Como se encontra explanado na teoria das transições de Meleis, o conceito de transição pode ser compreendido como um processo de passagem entre diferentes fases do ciclo vital, estados ou condições, representando uma progressão que se origina em consequência de uma alteração significativa. Neste sentido, a transição assume particular relevância no âmbito da enfermagem, devido à análise e à compreensão dos processos de mudança experienciados pelas pessoas, procurando igualmente conceber e aplicar estratégias que promovam a readaptação, a estabilidade e o bem-estar pessoal (Ribeiro et al., 2021).

O EEER assume um papel fundamental na compreensão e interpretação da forma como as pessoas experienciam e atribuem significado à sua nova condição clínica, uma vez que tal compreensão constitui um elemento determinante para a conceção e implementação de estratégias de intervenção que favoreçam o processo de transição saúde/doença e promovam a adaptação à nova realidade de saúde da pessoa (Castro et al., 2018).

O AVC corresponde a uma síndrome neurológica aguda resultante da interrupção súbita do fluxo sanguíneo cerebral, causada por oclusão vascular ou rutura de um vaso sanguíneo (Castro et al., 2018), podendo classificar-se, quanto à sua etiologia, em hemorrágico, isquémico ou subaracnoideu. Entre estes, o AVC isquémico destaca-se como sendo o mais frequente e incidente. Globalmente, o AVC constitui uma das principais causas de mortalidade e incapacidade a nível mundial, sendo reconhecido como a segunda causa de morte e uma das principais causas de incapacidade adquirida no adulto (Zagaro et al., 2024).

Neste sentido, as consequências mais notórias do AVC incluem défices de natureza motora e cognitiva, frequentemente acompanhados por alterações a nível emocional, as quais repercutem de forma significativa na capacidade da pessoa para manter a autonomia no autocuidado (Castro et al., 2018). Estima-se que, seis meses após o evento, aproximadamente 26% das pessoas apresentam dependência na realização das AVD, enquanto cerca de 46% evidenciam défices cognitivos (Zagaro et al., 2024).

Como consequência da lesão, cerca de 75% dos sobreviventes manifestam hemiparesia, caracterizada pela fraqueza ou paralisia parcial de um hemicorpo, frequentemente associada à presença de espasticidade. Estas alterações comprometem de forma significativa a execução funcional e a segurança durante atividades dinâmicas, nomeadamente a marcha. Igualmente, a hemiparesia define-se por um défice de força muscular, resultante quer da redução ou comprometimento do recrutamento das unidades motoras, quer de alterações estruturais e fisiológicas que acometem o músculo afetado (Zagaro et al., 2024).

Neste sentido, na sequência de um acontecimento causador de limitação na capacidade de autocuidado, a pessoa entra num período de transição, desencadeia paralelamente um processo adaptativo que se manifesta igualmente na reconstrução da sua autonomia e independência funcional. Neste contexto, compete ao EEER conceber, implementar e aprofundar intervenções terapêuticas de reabilitação, alinhadas com as necessidades particulares de cada pessoa, com a finalidade de promover a recuperação do estado de saúde e a otimização do bem-estar (Castro et al., 2018).

Mais especificamente, é pertinente mencionar que o MS assume um papel determinante na funcionalidade e na aptidão motora necessária à realização de movimentos de manipulação, preensão e alcance, os quais se revelam essenciais para a concretização da maior parte das AVD (Castro et al., 2018; Zagaro et al., 2024). A integridade funcional do segmento braquial encontra-se comprometida em aproximadamente 73–88% das pessoas

sobreviventes após um AVC, sendo que, entre estes, cerca de 55–75% desenvolvem hemiparesia do MS, situação que acarreta limitações funcionais significativas e condicionamentos na participação da pessoa (Zagaro et al., 2024). Estas limitações englobam fraqueza muscular, limitação no movimento articular, espasticidade, danos sensoriais e dificuldade na realização de AVD (Madhoun et al., 2020). Como tal, a recuperação da funcionalidade do MS constitui um objetivo central no processo de reabilitação, configurando-se, consequentemente, como uma área prioritária de intervenção e interesse para o EEER (Castro et al., 2018).

Diversos estudos indicam que as abordagens terapêuticas convencionais podem revelar limitações na recuperação funcional do MS após AVC. Por outro lado, a literatura mais recente tem vindo a demonstrar evidência consistente relativamente à eficácia de intervenções baseadas em estímulos sensoriais, como a TE, na promoção da reabilitação motora do MS após AVC (Castro et al., 2018). A utilização desta terapia enquadra-se nas competências específicas do EEER, designadamente na conceção, implementação e avaliação de programas de reeducação funcional motora, orientados para a maximização da funcionalidade e autonomia da pessoa (Regulamento n.º 392/2019).

Com a implementação de abordagens e métodos terapêuticos novos no âmbito da reabilitação após AVC, pretende-se estimular e potenciar os mecanismos de neuroplasticidade, de modo a favorecer a reorganização funcional cerebral e, consequentemente, possibilitar a recuperação das funções neurológicas comprometidas (Castro et al., 2018). Deste modo, vários estudos sugerem que a intervenção baseada em treino sensório-motor, aliada à aprendizagem motora através da execução repetitiva de movimentos e da exposição a tarefas e contextos variados, mostra-se eficaz na atenuação das limitações motoras (Zagaro et al., 2024).

A TE visa estimular os mecanismos da neuroplasticidade, promovendo a reorganização funcional cerebral e contribuindo para a recuperação de funções previamente comprometidas. Este método baseia-se no pressuposto de que redes neuronais envolvidas no controlo motor de um membro durante a execução de uma tarefa podem também ser recrutadas para orientar os movimentos do membro contralateral, refletindo a capacidade do sistema nervoso de armazenar e reutilizar padrões motores. Assim, os treinos mental e imaginativo são utilizados como estratégias para potenciar a resposta motora e favorecer a reabilitação funcional (Freitas et al., 2021).

De igual modo, a TE constitui uma intervenção eficaz, simples, económica e de fácil aplicabilidade em qualquer unidade de cuidados de saúde, originalmente concebida para a gestão da dor no membro fantasma em pessoas amputadas, sendo atualmente utilizada na reabilitação de pessoas após o AVC (Madhoun et al., 2020; Zagaro et al., 2024).

O membro fantasma corresponde à percepção da presença de um membro amputado, sendo a dor fantasma a experiência dolorosa associada a essa estrutura ausente. Esta dor pode manifestar-se através de sensações como ardor, parestesias, pontadas, câibras ou descargas elétricas. A sua origem envolve mecanismos neurofisiológicos periféricos e centrais, podendo também ser influenciada por fatores psicológicos relacionados com o impacto emocional da amputação (Mota et al., 2021).

Neste contexto, a abordagem de TE utiliza um espelho colocado no plano sagital entre os membros da pessoa, em que o membro sã se posiciona em frente ao espelho e o membro afetado fica escondido e posicionado atrás, por forma a criar uma ilusão visual e cinestésica. Através da execução de movimentos pelo membro saudável, refletidos pelo espelho, o sistema nervoso central interpreta essas ações como se estivessem a ser realizadas pelo membro afetado, contribuindo para a reeducação cerebral e reabilitação funcional (Madhoun et al., 2020; Zagaro et al., 2024). Este fenómeno conduz à ativação bilateral dos hemisférios cerebrais e promove o aumento da excitabilidade cortical associada ao MS comprometido. Tal efeito é considerado um possível fundamento para um mecanismo neurológico capaz de desencadear processos de neuroplasticidade, permitindo ao cérebro proceder a reajustes funcionais e à reorganização dos mapas corticais, o que potencia a recuperação funcional após o AVC (Castro et al., 2018) e gestão da dor nos casos de amputação (Mota et al., 2021).

Em pessoas amputadas, a TE promove a estimulação de regiões corticais motoras e pré-motoras, conduzindo ao recrutamento de neurónios motores. Consequentemente, pode favorecer a percepção e mobilidade do membro fantasma, ao mesmo tempo que contribui para a modulação das alterações, através da neuroplasticidade, no córtex sensório-motor e para a diminuição da dor (Mota et al., 2021).

Embora o mecanismo exato da TE ainda não esteja totalmente claro, o seu conceito primário baseia-se na ilusão visual, através de um *feedback* visual do reflexo do membro saudável no espelho (Madhoun et al., 2020). Neste sentido, estima-se que este mecanismo atue como estimulação do córtex motor, sensoriomotor e pré-motor primário e/ou sistema de neurónios-espelho, potenciando a recuperação funcional do membro afetado, em situações de AVC, promovendo uma reestruturação adaptativa no córtex cerebral que se traduz numa melhoria da função motora (Madhoun et al., 2020; Zagaro et al., 2024).

Estudos demonstraram que a “ativação de neurónios-espelho humanos com movimento funcional é maior do que o movimento normal” (Madhoun et al., 2020, p.266). Além disso, a aplicação desta abordagem terapêutica pode também contribuir de forma favorável ao bem-estar emocional e psicológico da pessoa (Zagaro et al., 2024).

A TE configura-se como uma abordagem terapêutica cuja aplicabilidade se revela consistente e de elevada efetividade na reabilitação motora, traduzindo-se em melhorias na dor, função sensoriomotora e no controlo dos movimentos (Castro et al., 2018; Zagaro et al.,

2024). Além disso, estudos demonstram que, em pessoas com AVC em fase subaguda, a TE potenciou uma melhoria na negligência unilateral e na realização de AVD (Castro et al., 2018; Madhoun et al., 2020). Neste sentido, segundo os estudos analisados por Zagaro et al. (2024), a TE foi eficaz tanto em fase aguda como crónica.

É de mencionar que Freitas et al. (2021) e Castro et al. (2018) expõem protocolos interessantes para a implementação da TE em contexto da prática clínica, com um total de 15 a 20 sessões, com cerca de 30 minutos, com resultados promissores.

Os protocolos incluem exercícios de visualização, exercícios motores simples (como flexão e extensão dos dedos, punho e cotovelo) com capacidade de execução pelo membro afetado, mobilizações dos segmentos do MS (iniciando pelos proximais e posteriormente para os distais), exercícios de preensão e mobilidade de objetos flexíveis e texturizados, exercícios de motricidade fina manual, estimulação do membro afetado pelo EEER, exercícios motores mais complexos e/ou com tarefas associadas (passivos, ativos ou guiados), tarefas funcionais e treino de exercícios sem espelho (Castro et al., 2018; Freitas et al., 2021).

Com base no estudo de caso de Freitas et al. (2021), concluiu-se que a utilização da TE evidenciou melhorias ao nível da autonomia, da capacidade motora e da amplitude de movimento [ADM] do membro afetado. De acordo com os resultados obtidos, pessoas com paresia do MS pós-AVC podem beneficiar da integração desta técnica como complemento às abordagens de neuroreabilitação, potenciando assim o processo global de reabilitação (Freitas et al., 2021).

Adicionalmente, outros estudos sugerem que a utilização combinada da TE com outras estratégias pode ser benéfica, como por exemplo, a estimulação elétrica, somatossensorial e o treino bilateral dos MS (Madhoun et al., 2020). Segundo Madhoun et al. (2020), a TE combinada com terapia orientada para a tarefa, integrada num programa de reabilitação dirigido a pessoas em fase subaguda de AVC que apresentam défices moderados a severos nos MS, revela-se uma estratégia terapêutica eficaz na promoção da recuperação da capacidade motora e na otimização do desempenho nas AVD.

No entanto, existem limitações referidas pelas pessoas com AVC na utilização da TE, tais como os longos períodos de tempo ao olhar para o espelho e os distúrbios visuais consequentes das sequelas de AVC (Madhoun et al., 2020).

Noutros estudos é mencionada a escassez de evidência científica robusta, a ausência de protocolos padronizados e a heterogeneidade dos resultados reportados como fatores que dificultam a quantificação dos efeitos da TE a longo prazo e impedem que seja considerada como intervenção de primeira linha. Neste sentido, torna-se necessária a realização de mais estudos e publicação nas bases de dados científicas, de modo a avaliar de forma mais consistente os seus benefícios terapêuticos (Mota et al., 2021).

Não obstante, a TE, assim como outras abordagens terapêuticas de natureza semelhante que venham a emergir a partir de avanços no conhecimento relativo à neuroplasticidade, poderão representar um progresso significativo na evolução das estratégias de reabilitação (Castro et al., 2018).

3.2. QUAIS AS INTERVENÇÕES DE REABILITAÇÃO MAIS EFICIENTES NA PROMOÇÃO DA FUNCIONALIDADE DO MEMBRO SUPERIOR DO ADULTO E DO IDOSO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Resumo

Introdução: Portugal evidencia-se como uma das nações que apresenta valores mais acentuados de envelhecimento demográfico no panorama da Europa. O declínio funcional aumenta a vulnerabilidade da pessoa ao aparecimento de outras patologias. Por outro lado, a preservação da capacidade funcional constitui um fator determinante para a promoção da autonomia na saúde física e mental. As lesões dos MS são um contributo significativo para a incapacidade musculoesquelética a nível global, levando frequentemente a um défice da funcionalidade mais substancial e a uma diminuição da qualidade de vida relacionada com a saúde em comparação com lesões noutras áreas anatómicas. Deste modo, as funções do MS são fundamentais para a realização das AVD, as quais requerem o alcance direcionado, a apreensão e a manipulação de objetos. Torna-se evidente a importância do MS para a realização das AVD, sendo um fator preponderante para a reabilitação e manutenção do autocuidado e da funcionalidade.

Objetivo: Identificar as intervenções de reabilitação mais eficientes na promoção da funcionalidade do membro superior do adulto e do idoso.

Metodologia: Revisão sistemática da literatura, com recurso à mnemónica PICO para formular a questão de investigação, seguida de pesquisa pela plataforma *EBSCOHost* (acesso via plataforma da Ordem dos Enfermeiros) nas bases de dados *CINAHL Complete* e *MEDLINE Complete*, nos últimos 10 anos. Obtiveram-se 884 resultados no total, sendo incluídos na revisão 12 estudos, com nível de evidência 1.c., segundo JBI.

Resultados: Os estudos analisados demonstram diversas intervenções de reabilitação eficazes, destacando-se o TOT, o exercício terapêutico e abordagens multimodais. Estratégias como realidade virtual, terapia manual, exercícios respiratórios, estimulação vibratória e programas domiciliários também evidenciam contributos positivos na força muscular, ADM, dor e desempenho funcional. Em vários estudos, abordagens combinadas ou multimodais revelaram maior eficácia do que intervenções isoladas. Globalmente, os

resultados evidenciam que programas estruturados e supervisionados de reabilitação contribuem significativamente para a melhoria da funcionalidade do MS e do desempenho nas AVD.

Discussão: A literatura científica indica que intervenções de reabilitação do MS baseadas em TOT, exercício terapêutico e abordagens multimodais podem melhorar significativamente a funcionalidade, força, mobilidade e desempenho nas AVD. Contudo, muitos estudos apresentam limitações metodológicas, como amostras reduzidas, heterogeneidade dos protocolos e escassez de avaliações de *follow-up*, evidenciando a necessidade de investigação mais robusta.

Conclusão: A análise dos estudos incluídos na revisão evidencia que diversas intervenções de reabilitação podem promover melhorias na funcionalidade do MS em adultos, particularmente em contextos neurológicos e musculoesqueléticos. Torna-se fundamental o desenvolvimento de investigações futuras com amostras mais representativas, protocolos de intervenção mais padronizados e períodos de seguimento mais prolongados, de modo a consolidar a evidência científica relativa à temática.

Palavras-chave: Reabilitação; Membro superior; Funcionalidade.

Introdução

O fenómeno do envelhecimento demográfico constitui uma tendência de âmbito global, assumindo particular expressão no contexto europeu e, particularmente, em Portugal evidenciando-se como uma das nações que apresenta valores mais acentuados no panorama da Europa. Estima-se que, até 2050, Portugal será o quarto país europeu com a maior proporção de idosos, representando 25% da população (Rosa et al., 2021).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2003), a funcionalidade descreve-se como um vocábulo genérico referente às funções e estruturas do corpo, bem como atividades e a participação, indicando os pontos benéficos decorrentes da interação entre a pessoa e o seu contexto, como o ambiente e fatores pessoais. Como refere Brennan (2024), cerca de 30% ou mais das pessoas com alta hospitalar saem incapacitadas, sendo que muitas delas deram entrada no hospital como adultos independentes e, ainda, com a funcionalidade mantida. Inclusive, em caso de deficiência prévia e em adultos com idade mais avançada, existe um aumento do risco de declínio funcional após a alta. Neste sentido, a incapacidade funcional pode persistir durante meses após a alta, com impacto significativo nas AVD, sejam elas básicas ou instrumentais.

Já o processo de envelhecimento é condicionado por diversos fatores, entre os quais distúrbios a nível musculoesquelético e incapacidade funcional. Estas alterações

musculoesqueléticas e da funcionalidade acabam por potenciar uma diminuição da função física, o que, consequentemente, contribui para o aumento dos gastos em saúde, da dependência e da fragilidade da população idosa (Correa et al., 2022).

O declínio funcional decorrente da diminuição da massa muscular, bem como das alterações ao nível do equilíbrio e da coordenação motora, aumenta a vulnerabilidade da pessoa ao aparecimento de outras patologias. Por outro lado, pode sustentar-se que a preservação da capacidade funcional constitui um fator determinante para a promoção da autonomia na saúde física e mental (Silva et al., 2021).

Relativamente à densidade mineral óssea, note-se que é condicionada pela idade e composição corporal, significando que quanto maior for a idade da pessoa, menor será a sua densidade mineral óssea. Ainda, relativamente à composição corporal, a massa magra, a massa gorda e tecidos moles estão associados a um aumento da densidade mineral óssea, considerando que a massa magra, além de ser o fator com maior correlação, está diretamente ligada a maior força muscular. Assim, as pessoas que praticam exercício físico têm uma menor probabilidade de sentir os danos da osteoporose e sarcopenia (Bim et al., 2020).

O MS desempenha um papel essencial para o ser humano, seja em atividades unimanuais ou bimanuais, sendo as últimas frequentemente associadas a tarefas do autocuidado (Alves et al., 2023). Deste modo, as funções do MS são fundamentais para a realização das AVD, as quais requerem o alcance direcionado, a apreensão e a manipulação de objetos. Além disso, a mão humana, sendo um órgão sensorial, permite a identificação de objetos através da sua forma, tamanho, textura e consistência (Feijó & Santos, 2020).

As lesões dos MS são um contributo significativo para a incapacidade musculoesquelética a nível global, levando frequentemente a um défice da funcionalidade mais substancial e a uma diminuição da qualidade de vida relacionada com a saúde em comparação com lesões noutras áreas anatómicas (Vásquez-Carrasco et al., 2026).

Perante a mais recente evidência científica, torna-se impreterível recomendar a prática de exercício, sendo um dos desafios major incorporar programas de exercícios como parte integrante do cuidado à pessoa fragilizada em cuidados de saúde (Correa et al., 2022).

Torna-se então evidente a importância do MS para a realização das AVD, sendo um fator preponderante para a reabilitação e manutenção do autocuidado e da funcionalidade.

Objetivo

O objetivo desta revisão consiste em identificar as intervenções de reabilitação mais eficientes na promoção da funcionalidade do membro superior do adulto e do idoso. Este objetivo definido orientou todo o processo de desenvolvimento desta revisão da literatura.

Metodologia

Sendo a metodologia utilizada a revisão sistemática da literatura, procurou-se seguir todas as recomendações de forma estruturada, mais especificamente estipular a temática e a questão de investigação, definir os critérios de elegibilidade dos estudos, selecionar e recolher os dados relevantes, proceder a uma análise crítica dos estudos incluídos, interpretar os resultados obtidos, bem como expor a síntese do conhecimento resultante.

A identificação da temática prende-se com a promoção da funcionalidade do MS do adulto, sobre a qual foi elaborada a questão de investigação com recurso à mnemónica PICO, cujas letras correspondem respetivamente a (P) População, (I) Intervenção, (C) Comparação e (O) Resultado (*Outcome*). Estabeleceu-se então como questão de investigação: “Quais as intervenções de reabilitação mais eficientes (Intervenções) na promoção da funcionalidade do membro superior (Resultados) de pessoas adultas e de pessoas idosas (População)?”.

A estratégia de pesquisa principiou pela utilização da plataforma *EBSCOHost* (acesso via plataforma da Ordem dos Enfermeiros) para pesquisa de estudos publicados nas bases de dados *CINAHL Complete* e *MEDLINE Complete*. Posteriormente, estabelecendo um período temporal de janeiro de 2016 a janeiro de 2026 (nos últimos 10 anos), foram utilizados descritores combinados com operadores booleanos (AND, OR, NOT), procurando otimizar a sensibilidade e a especificidade da pesquisa e assegurar maior rigor metodológico no processo de identificação dos estudos. Assim, utilizando os descritores, procedeu-se à pesquisa do seguinte modo: “*Rehabilitation*” OR “*Rehab*” AND “*Upper Limb*” OR “*Upper Extremity*” OR “*Arm*” OR “*Hand*” AND “*Functionality*” NOT “*child*” NOT “*Software*” NOT “*Computing*”.

Obtiveram-se 884 resultados, entre os quais existiam 749 artigos pertencentes à *MEDLINE Complete*, 135 à *CINAHL Complete* e 4 artigos duplicados, pelo que foram retirados, restando 880 artigos para análise. Após a leitura do título e do resumo destes estudos, devido ao seu potencial interesse para a revisão, foram avaliados quanto à sua elegibilidade 50 artigos na íntegra, sendo incluídos na revisão 12 estudos segundo a análise da qualidade metodológica e do nível de evidência, bem como da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão.

A seleção dos estudos atendeu à sua pertinência para responder à questão de investigação definida, tendo sido considerados os artigos que abordavam intervenções de reabilitação dirigidas à promoção da funcionalidade do MS em adultos e em idosos.

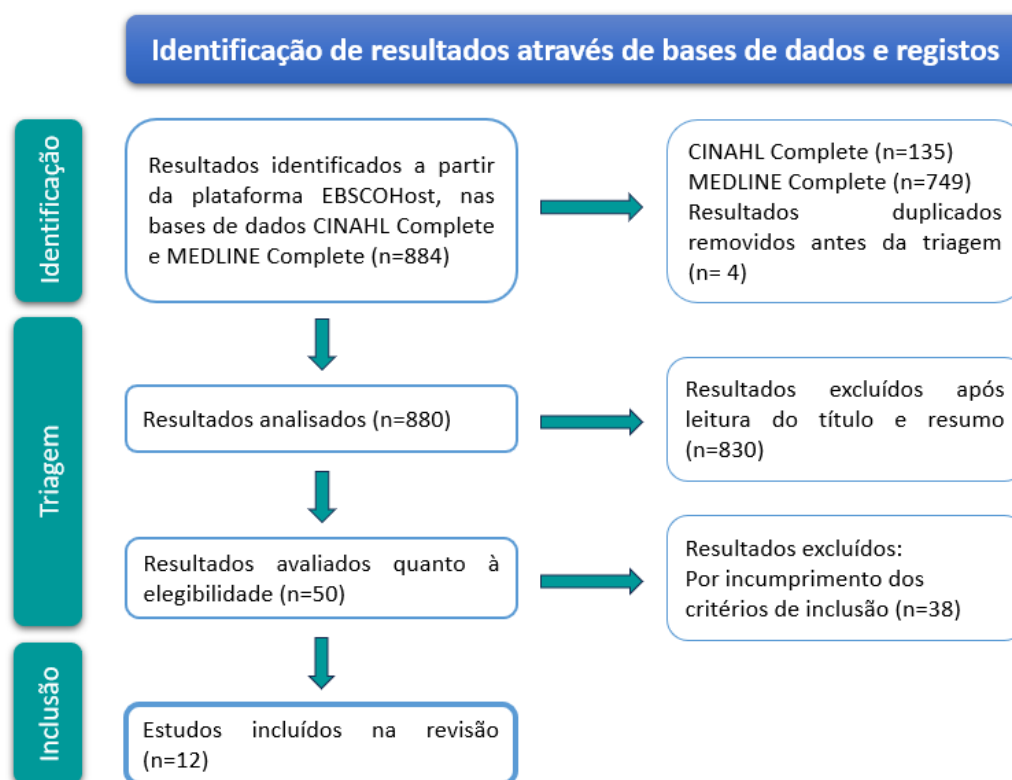
Embora parte dos estudos incidisse sobre pessoas idosas, a questão de investigação foi mantida centrada no adulto e no idoso, por se considerar que o programa poderá ser aplicável a diferentes faixas etárias da população adulta, sem prejuízo da sua pertinência no contexto da pessoa idosa. Optou-se, assim, por incluir estudos com adultos, incluindo pessoas idosas, por se reconhecer que estas constituem uma população frequentemente exposta a

compromisso da funcionalidade do MS e particularmente relevante no contexto dos cuidados de ER. Do mesmo modo, a pesquisa foi estruturada de forma a abranger a população adulta em geral, excluindo a população pediátrica, uma vez que a implementação do programa não se restringe exclusivamente à pessoa idosa.

A revisão da literatura foi realizada por dois revisores de forma independente e, sempre que surgiram dúvidas relativamente aos critérios de elegibilidade ou à seleção dos estudos, recorreu-se a um terceiro elemento para apoio à decisão.

Segue-se o diagrama PRISMA [*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*] (Page et al., 2021) elaborado para explicitar o processo supramencionado.

Figura 6: Diagrama da PRISMA para a apresentação do método de pesquisa



Fonte: Autoria própria, com base em Page et al. (2021)

Neste sentido, o *Joanna Briggs Institute* (2014) permitiu avaliar os níveis de evidência de cada estudo incluído na revisão. Deste modo, foram incluídos apenas estudos com nível de evidência 1.c., correspondendo a ensaio clínicos randomizados.

Resultados

Com o propósito de promover uma leitura mais clara e uma interpretação mais objetiva da informação apresentada, segue-se a exposição dos resultados decorrentes da análise dos estudos integrados na presente revisão no seguinte quadro.

Tabela 2: Resultados da Revisão Sistemática da Literatura

Título/Autores (Ano)	Método/Participantes	Intervenções/Fenómenos de interesse	Resultados/Conclusões
Effect of Mirror Therapy Versus Cognitive Therapeutic Exercise on Upper Limb Functionality, Autonomy, and Poststroke Quality of Life: A Randomized Trial Fernández-Solana et al. (2025)	Estudo randomizado, longitudinal e multicêntrico com um grupo de controlo e dois grupos experimentais (n=40 cada grupo), avaliados antes, depois e três meses após o tratamento. Os avaliadores que realizaram as avaliações não tinham conhecimento das condições do estudo. Grupo de controlo (TOT isolado) e dois grupos experimentais (TE+TOT e CTE+TOT). Cento e vinte adultos com AVC subagudo e sintomas motores no MS (hemiparesia), recrutados por meio de amostragem não probabilística consecutiva, excluindo aqueles com tremor devido a outra doença	• Grupo Controlo: Treino Orientado para a Tarefa [TOT] isolado; • Grupo Experimental 1: TOT e TE; • Grupo experimental 2: Exercício Terapêutico Cognitivo/Método <i>Perfetti</i> [CTE] + TOT. Intervenções: 20 sessões, 1h/dia, 5 dias/semana, durante 4 semanas. Fenómenos avaliados: funcionalidade do MS (<i>Action Research Arm Test</i> – ARAT); motricidade fina e grossa (<i>Box and Block Test</i>); quantidade e qualidade de uso do membro afetado (<i>Motor Activity Log</i> – MAL-30); independência funcional nas AVD (<i>FIM–Functional Assessment Measure</i>), qualidade de vida (<i>Stroke-Specific Quality of Life Scale</i>), cognição (<i>Montreal Cognitive Assessment</i> – MoCA).	Ambos os grupos experimentais apresentaram melhorias estatisticamente significativas face ao grupo controlo em: • Funcionalidade do MS; • Motricidade fina e grossa; • Quantidade e qualidade de uso do membro afetado; • Independência funcional nas AVD; • Qualidade de vida. Não houve diferenças significativas entre TE+TOT e CTE+TOT, sugerindo eficácia semelhante. Os ganhos mantiveram-se aos três meses.

	neurológica ou comprometimento cognitivo. Brunnstrom 2–4, sem défices cognitivos significativos (MoCA $\geq$ 26).		
The Effects of Technology-Based Rehabilitation in Rheumatic Diseases with Hand Involvement: A Single Blind Randomized Controlled Trial Cetin et al. (2025)	Estudo randomizado, simples-cego, com três grupos de quinze pessoas (grupo de intervenção, grupo de exercício convencional, grupo de controlo), com duração de oito semanas. Avaliações realizadas antes da intervenção e após as oito semanas. Quarenta e cinco adultos com idade média de aproximadamente 52 anos, diagnosticados com doenças reumáticas com envolvimento da mão (artrite reumatoide, artrite psoriática, esclerodermia).	• Grupo intervenção: reabilitação baseada em jogos de realidade virtual com <i>Leap Motion Controller</i>, 30 minutos, 3x/semana; • Grupo convencional: exercícios de alongamento e fortalecimento da mão, 30 minutos, 3x/semana; • Grupo controlo: vida habitual (sem exercício). Fenómenos avaliados: força de preensão global e fina (dinamometria, <i>pinchmeter</i>), função da mão (<i>Jebsen-Taylor Hand Function Test</i>, <i>Duruoz Hand Index</i> – DHI, <i>Michigan Hand Outcomes Questionnaire</i> – MHQ), destreza (<i>9-Hole Peg Test</i> – 9-HPT), atividade da doença (<i>Disease Activity Score-28</i>).	A reabilitação com realidade virtual mostrou melhorias significativas na força de preensão, destreza manual e função da mão, sendo superior ao grupo controlo e comparável ao exercício convencional. Ambos os programas supervisionados foram eficazes. A tecnologia revelou-se viável, segura e motivadora.
Effects of modified constraint-induced movement therapy in the recovery of upper extremity function affected by a stroke: a single-blind	Estudo randomizado, simples-cego, com dois grupos paralelos: • Terapia de grupo (n=24); • Terapia individual (n=12). Avaliações pré-intervenção, pós-intervenção e <i>follow-up</i> aos seis meses.	Terapia de movimento induzida por restrições modificada aplicada em duas modalidades (intervenção em grupo e intervenção individual). Duração: 3h/dia durante 10 dias consecutivos.	Ambas as modalidades melhoraram significativamente a função e a utilização do MS (ARAT e MAL-30). A terapia em grupo apresentou ganhos superiores, mantidos aos seis meses, sugerindo maior eficácia funcional e melhor transferência para as AVD.

randomized parallel trial-comparing group versus individual intervention Doussoulin et al. (2018)	Trinta e seis adultos (idades entre 30 e 80 anos) com AVC há mais de seis meses, com défice funcional do MS parético.	Componentes: diário domiciliário, TOT, restrição do MS não afetado, períodos de descanso e alongamento entre exercícios.	
Effects of breathing exercises on pain and functionality in rotator cuff tears: a randomized controlled trial Menek et al. (2025)	Estudo randomizado, controlado, simples-cego, com intervenção durante seis semanas, com dois grupos paralelos: • Grupo controlo (n=15); • Grupo de intervenção (n=15). Trinta adultos (idades entre 30 e 55 anos) com rutura parcial do supraespinhoso, sem cirurgia prévia ao ombro, com limitação funcional e dor associada.	• Grupo controlo: fisioterapia convencional (incluindo crioterapia, terapia por ultrassons, estimulação elétrica nervosa transcutânea, exercícios com escada de dedos, exercícios de <i>Codman</i>/pendulares, exercícios com roda de ombro e exercícios com varinha); • Grupo de intervenção: fisioterapia convencional + exercícios respiratórios (respiração diafragmática e expansão torácica, 5 dias/semana). Fenómenos avaliados: dor (escala numérica da dor – END), ADM (goniometria) e funcionalidade do MS (<i>Disabilities of the Arm, Shoulder, and Hand</i> [DASH]).	Ambos os grupos apresentaram melhorias significativas na dor, ADM e funcionalidade. O grupo com exercícios respiratórios apresentou melhorias significativamente superiores na dor em repouso e na atividade, DASH e ADM (flexão, abdução, rotação interna e externa). Não houve diferença significativa entre grupos na extensão do ombro. Conclui-se que a integração de exercícios respiratórios potencia os resultados da reabilitação conservadora na rutura da coifa dos rotadores.
Dual-Task Resistance Training Improves Strength and Reduces Pain More Than Resistance Exercise Alone in Elbow	Estudo randomizado, controlado, duração de doze semanas com duas sessões semanais, avaliações pré e pós-intervenção, com avaliador cego, com dois grupos paralelos: • Grupo controlo (n=14);	• Grupo controlo: treino de resistência convencional (flexão/extensão do cotovelo); • Grupo experimental: treino de resistência + tarefa cognitiva simultânea (<i>dual-task</i> com subtrações matemáticas autorreguladas).	Ambos os grupos apresentaram melhorias na força, dor, ADM e funcionalidade. O grupo <i>dual-task</i> apresentou ganhos significativamente superiores na força muscular e maior redução da dor, além de ser o único a

Fracture Rehabilitation: A Randomized Controlled Trial Cruz-Montecinos et al. (2025)	• Grupo experimental (n=18). Trinta e dois adultos em reabilitação após # do cotovelo (com ou sem cirurgia), 7–9 semanas pós-fratura, com défice de força, dor e limitação funcional do MS.	Fenómenos avaliados: força muscular (dinamometria), dor (escala visual analógica – EVA), funcionalidade (DASH), ADM passiva (goniometria) e cinesiofobia (<i>Tampa Scale for Kinesiophobia</i>, 11 itens).	melhorar a cinesiofobia. A maior eficácia parece estar associada ao aumento do volume de treino tolerado e à redução de fatores psicossociais limitantes.
Conservative treatment of rotator cuff tear in older patients: a role for the cycloergometer? A randomized study Gialanella et al. (2018)	Estudo piloto randomizado, controlado, prospetivo. Dois grupos: • Grupo experimental (n=19): reabilitação convencional + cicloergómetro de MS em casa durante seis meses; • Grupo controlo (n=19): reabilitação convencional isolada. Avaliações no início e aos seis meses. Amostra final de trinta e oito participantes. Adultos idosos (idade superior a 70 anos) com rotura completa sintomática da coifa dos rotadores, não traumática, sem cirurgia prévia, que recusaram a cirurgia ou apresentavam contraindicação cirúrgica.	Programa inicial comum: 10 sessões supervisionadas (30 minutos) com exercícios pendulares, mobilização passiva, exercícios com bastão e fortalecimento do ombro. Após alta: • Grupo experimental: uso do cicloergómetro em casa (20 min, 2x/dia, durante 6 meses) + reforço educativo mensal por telemonitorização; • Grupo controlo: continuação dos exercícios aprendidos, sem supervisão adicional. Fenómenos avaliados: dor (END), ADM (goniometria), funcionalidade do ombro (<i>Constant-Murley Scale</i> – versão revista), desempenho nas AVD (<i>Health Assessment Questionnaire</i>), comorbilidades (<i>Cumulative Illness Rating Scale-Geriatrics</i>).	O grupo experimental com cicloergómetro apresentou melhorias significativamente superiores face ao grupo controlo na(o): • Dor durante as atividades; • Amplitude articular ativa e passiva; • Amplitude articular sem dor; • Funcionalidade do ombro; • Desempenho nas AVD. A adesão ao programa domiciliário foi um fator determinante dos resultados funcionais. Conclui-se que o cicloergómetro é um adjuvante eficaz na reabilitação conservadora da rotura da coifa dos rotadores em idosos.

Comparing the Effectiveness of Mulligan Movement with Mobilization and Proprioceptive Neuromuscular Facilitation Techniques in Rehabilitation of Rotator Cuff Syndrome: A Randomized Controlled Trial Kirkaya et al. (2025)	Estudo randomizado, controlado; 20 sessões durante 45 minutos, 5 dias por semana durante 4 semanas. Sessenta adultos (25–75 anos) com diagnóstico médico de Síndrome da Coifa dos Rotadores, com dor ≥ 4 semanas e ≤ 12 meses. Os participantes foram distribuídos aleatoriamente por grupo controlo (n=20), grupo MWM (n=20) ou grupo PNF (n=20).	Três grupos: • Grupo controlo: Tratamento conservador; • Grupo MWM: Movimento <i>Mulligan</i> com Técnicas de Mobilização [MWMs] + Tratamento conservador; • Grupo PNF: Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva [PNP] + Tratamento conservador. Fenómenos avaliados: dor (EVA), ADM (goniometria), propriocepção (<i>Angle Reproduction Test</i>), disquinésia escapular (<i>Lateral Scapular Slide Test</i>), funcionalidade (<i>Western Ontario Rotator Cuff Index</i>), qualidade de vida (<i>Short Form-36</i>).	Todas as intervenções foram eficazes. O MWMs mostrou superioridade significativa na redução da dor, melhoria da propriocepção e aumento da funcionalidade do ombro. A FNP também se mostrou eficaz, mas menos que MWMs. O grupo de controlo apresentou uma qualidade de vida superior aos restantes tratamentos, exceto na subdimensão da saúde mental.
Validation of Vibration Exercises on Enhancing Muscle Strength and Upper Limb Functionality among Pre-Frail Community-Dwelling Older Adults Kao et al. (2022)	Estudo randomizado, simples-cego. Duração de oito semanas (3x/semana). • Grupo experimental (n=15); • Grupo controlo (n=16). Trinta e uma pessoas idosas pré-frágeis da comunidade (com idades entre 65 e 85 anos).	• Grupo experimental: exercício vibratório localizado (frequência: 30 Hz, amplitude: 5 mm, vibração horizontal, 20 minutos) + exercício multicomponente (40 minutos); • Grupo controlo: exercício multicomponente (60 min). O exercício multicomponente incluía um aquecimento, exercícios com resistência elástica, exercícios aeróbicos, exercícios de equilíbrio ou agilidade e um período de retorno à calma. Fenómenos avaliados: fragilidade (<i>Fried Frailty Index</i>), cognição (<i>Mini-Mental State Examination – MMSE</i>), força muscular global e segmentar dos MS	O grupo com vibração apresentou ganhos significativamente superiores de força em vários músculos do MS (flexores do punho, braquiorradial, bíceps, deltóide). Sem melhoria na força de preensão e nas pontuações de avaliação da funcionalidade (ADL/IADL).

		(dinamometria e MicroFET3), AVD (<i>Activities of Daily Living</i> – ADL), Atividades Instrumentais de Vida Diária [AIVD] (<i>Instrumental Activities of Daily Living</i> – IADL).	
Investigation of the effects of a short opponens splint and structured hand exercise program in computer engineers with wrist pain: a randomized controlled trial Demirci et al. (2024)	Estudo randomizado, simples-cego. Três grupos, 3x por semana, durante oito semanas. Avaliações antes e após o tratamento. • Grupo 1 (n=15): exercício estruturado + ortótese <i>short opponens splint</i>; • Grupo 2 (n=15): exercício estruturado; • Grupo 3 (n=15): controlo. Quarenta e cinco adultos jovens (com idades entre 22 e 40 anos), engenheiros informáticos com dor no punho relacionada com trabalho repetitivo.	• Grupo 1 (n=15): exercício estruturado + ortótese <i>short opponens splint</i> (usada aquando da utilização do computador); • Grupo 2 (n=15): exercício estruturado; • Grupo 3 (n=15): controlo (sem tratamento). Exercício estruturado incluía: exercícios de ADM do punho, exercícios de deslizamento do tendão, alongamento do nervo mediano, exercícios isométricos em todas as direções para fortalecimento do punho e exercícios de alongamento para os dedos e punho nas direções de flexão e extensão. Fenómenos avaliados: dor (EVA), força de preensão e pinça (dinamometria e <i>pinchmeter</i>), funcionalidade da mão (MHQ, 9-HPT, <i>Boston Carpal Tunnel Questionnaire</i>), AVD (ADL).	Exercício com ou sem ortótese foi significativamente superior ao grupo de controlo na dor, força e funcionalidade. Não houve diferenças relevantes entre exercício isolado e exercício + ortótese, sugerindo que o exercício é o componente-chave.
Investigation of the effects of upper extremity home exercises on grip strength, range of motion, activity performance, and	Estudo randomizado, paralelo, com grupo de intervenção (n=23) e grupo controlo (n=23). Duração de oito semanas (5 dias/semana).	• Grupo intervenção: programa de exercícios domiciliários do MS: alongamentos (10 segundos X 10 repetições) + fortalecimento isométrico e isotónico (2 séries X 10 repetições), 5x/semana, 8 semanas, sequência distal → proximal). Monitorização: contacto telefónico + diário de exercícios;	O grupo de intervenção apresentou melhorias estatisticamente significativas superiores relativamente ao grupo de controlo na(o): • Força de preensão e pinça; • ADM ativa e passiva de todo o MS; • Desempenho e satisfação ocupacional;

functionality in individuals with systemic sclerosis: a randomized controlled trial Sahin et al. (2023)	Quarenta seis adultos com diagnóstico de esclerose sistémica com envolvimento do MS.	Grupo controlo: educação à pessoa (proteção articular, técnicas de conservação de energia, correção postural, gestão da dor). Fenómenos avaliados: força de preensão e pinça (dinamometria e <i>pinchmeter</i>), ADM (goniometria), desempenho e satisfação ocupacional (<i>Canadian Occupational Performance Measure</i>), funcionalidade (DASH, <i>Score for Assessment and Quantification of Chronic Rheumatic Affections of the Hands</i>, DHI).	Funcionalidade. Conclui-se que os exercícios domiciliários do MS são eficazes na promoção da funcionalidade em pessoas com esclerose sistémica.
Effectiveness of a fine motor skills rehabilitation program on upper limb disability, manual dexterity, pinch strength, range of fingers motion, performance in activities of daily living, functional independency, and general self-efficacy in hand osteoarthritis: A randomized clinical trial Pérez-Mármol et al. (2017)	Estudo randomizado, com dois grupos: - Grupo experimental (n=25); - Grupo controlo (n=23). Intervenção: 3x/semana, 45 minutos, durante 8 semanas. Avaliações no início, após a sessão e após dois meses de acompanhamento. Quarenta e oito adultos idosos (com idades entre 74 e 86 anos) institucionalizados, com diagnóstico de osteoartrose da mão.	- Grupo experimental: programa estruturado de competências motoras finas (atividade funcional com papel de seda, progressiva e padronizada); - Grupo controlo: terapia ocupacional convencional (exercícios gerais do MS + produtos de apoio). Fenómenos avaliados: funcionalidade do MS (DASH), independência funcional (MIF), AVD (índice de <i>Barthel</i> e <i>Lawton and Brody Scale</i>), força de pinça (<i>pinchmeter</i>), destreza manual (<i>Purdue Pegboard Test</i>), ADM (goniometria), autoeficácia (<i>General Self-Efficacy Scale</i>).	Após dois meses de acompanhamento, o grupo experimental mostrou melhorias significativas na destreza manual e aumentos moderados a elevados na ADM do polegar e indicador no lado dominante. Não houve melhorias significativas na funcionalidade do MS, desempenho nas AVD, força de pinça, independência funcional ou autoeficácia. Conclui-se que intervenções específicas e orientadas para tarefas finas são mais eficazes para melhorar componentes motores específicos da funcionalidade da mão, mas podem não ser suficientes, isoladamente, para alterar a funcionalidade global percebida.

Effects of ischemic compression and instrument-assisted soft tissue mobilization techniques in trigger point therapy in patients with rotator cuff pathology: randomized controlled study Aksan Sadikoglu et al. (2022)	Estudo randomizado controlado, prospetivo, com cegamento dos participantes, com dois grupos: • Grupo 1 (n=21); • Grupo 2 (n=20). Tratamento 2x/semana, seis semanas (12 sessões), avaliações antes e após as seis semanas de tratamento. Quarenta e um adultos (com idades entre 40 e 65 anos) com roturas parciais da coifa dos rotadores e pontos-gatilho miofasciais.	• Grupo 1: Compressão isquémica dos pontos-gatilho miofasciais + programa padrão de reabilitação (exercícios, mobilização); • Grupo 2: mobilização de tecidos moles assistida por instrumentos + programa padrão de reabilitação. Fenómenos avaliados: funcionalidade do MS (<i>DASH e American Shoulder and Elbow Surgeons Standardized Shoulder Assessment Form</i>), dor (EVA e <i>Pressure Pain Threshold</i>), ADM (goniometria), ansiedade/depressão (<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>), satisfação (<i>Global Rating of Change scale</i>).	Ambos os grupos melhoraram na dor, ADM, funcionalidade, ansiedade/depressão e satisfação. O grupo 1, com compressão isquémica, foi superior na melhoria do limiar de dor à pressão e na funcionalidade. Ambos os métodos podem ser eficazes como alternativa ao tratamento dos pontos-gatilho miofasciais, mas com melhoria funcional significativa no grupo 1 (com compressão isquémica).
--	--	---	---

Fonte: Autoria própria, com base nos artigos referenciados na tabela

Discussão

Principia-se este tópico com uma breve análise de cada estudo incluído na revisão, seguida de uma discussão dos resultados obtidos perante a mais recente evidência científica.

O estudo de Fernández-Solana et al. (2025) apoia fortemente que intervenções combinadas, mais especificamente TE e TOT, bem como CTE e TOT, são mais eficientes na promoção da funcionalidade do MS no adulto pós-AVC do que abordagens convencionais isoladas, reforçando a importância de estratégias orientadas para a tarefa e potenciadoras de neuroplasticidade.

Apesar disso, o estudo apresenta algumas limitações, tais como uma amostra relativamente limitada, a exclusão de pessoas com défice cognitivo ligeiro, o que reduz a generalização clínica, dificuldades de recrutamento associadas à pandemia, ausência de avaliação de variáveis emocionais (como motivação, ansiedade, depressão), relevantes na reabilitação pós-AVC e, ainda, a impossibilidade de cegamento de profissionais e participantes (inerente à reabilitação).

O artigo de Cetin et al. (2025) responde à questão de investigação ao comparar diretamente diferentes intervenções de reabilitação do MS em adultos, incluindo reabilitação baseada em tecnologia, mais especificamente jogos de realidade virtual, exercício convencional e ausência de intervenção estruturada, permitindo determinar a eficiência das intervenções na promoção da funcionalidade. Os resultados demonstram que tanto a reabilitação baseada em jogos de realidade virtual, como a reabilitação convencional são eficazes, com vantagem da abordagem tecnológica em alguns parâmetros funcionais, contribuindo para a identificação das intervenções mais eficientes nesta população.

No entanto, o estudo expõe algumas limitações, tais como a uma amostra reduzida e maioritariamente feminina (risco de viés de género), apenas um dispositivo (sem possibilidade de treino bilateral simultâneo), ausência de *follow-up* a médio/longo prazo e, ainda, o uso exclusivo de jogos gratuitos (com limitação de personalização terapêutica consoante os jogos disponíveis).

O artigo de Doussoulin et al. (2018) responde à questão de investigação ao avaliar, em adultos pós-AVC, a eficiência da terapia de movimento induzida por restrições modificada na melhoria da funcionalidade do MS. A comparação entre este tipo de terapia em grupo e individual, permite identificar não apenas a eficácia da intervenção, mas também a superioridade da modalidade de grupo na promoção da funcionalidade do MS. Assim, o estudo fornece evidência de que intervenções intensivas, TOT e com componente comportamental, particularmente em formato de grupo, são altamente eficientes na promoção da funcionalidade do MS do adulto.

Apesar disso, o estudo manifesta algumas limitações, entre as quais uma amostra reduzida, uma distribuição desigual entre grupos, uma diferença na proporção de géneros, aplicável sobretudo a pessoas com AVC crónico com critérios motores mínimos e, ainda, impossibilidade de cegamento dos participantes.

O estudo de Menek et al. (2025) demonstra que ambas as intervenções melhoram a funcionalidade, mas que a associação de exercícios respiratórios à reabilitação convencional é mais eficiente, resultando em ganhos superiores na funcionalidade do MS, redução da dor e melhoria da ADM. Assim, o artigo contribui para responder à questão de investigação ao identificar uma intervenção de reabilitação mais eficaz do que o tratamento convencional isolado (exercícios respiratórios), reforçando que abordagens integradas podem potenciar a reabilitação funcional do MS no adulto em contexto de reabilitação conservadora em casos de rutura da coifa dos rotadores.

No entanto, o estudo revela algumas limitações, que incluem uma amostra reduzida, a inclusão de participantes apenas com ruturas parciais do músculo supraespinhoso, a ausência de classificação por dimensão de cada rutura, a inexistência de grupo controlo sem intervenção e, ainda, a ausência de *follow-up* a médio/longo prazo.

O artigo de Cruz-Montecinos et al. (2025) responde à questão de investigação ao demonstrar que intervenções de reabilitação mais complexas e integradas, que combinam treino de resistência com estímulo cognitivo, são mais eficientes do que o treino isolado na melhoria de componentes-chave da funcionalidade do MS. Apesar de ambos os grupos apresentarem melhorias em grande parte dos parâmetros avaliados, os ganhos do grupo experimental foram superiores na força, redução da dor e diminuição da cinesiofobia, o que sustenta a sua maior eficiência funcional indireta, reforçando a relevância de abordagens biopsicossociais na reabilitação do MS.

Apesar disso, o estudo manifesta algumas limitações, entre as quais uma amostra reduzida, a ausência de *follow-up* a médio/longo prazo, a inclusão de participantes com e sem cirurgia (heterogeneidade clínica), a impossibilidade de cegamento dos participantes, a inclusão de população relativamente jovem (cerca de 40 anos), limitando a generalização para idosos, a ausência de avaliação da supinação e pronação do antebraço e, ainda, a utilização apenas de resistência elástica na intervenção.

O artigo de Gialanella et al. (2018) demonstra que intervenções de reabilitação prolongadas, domiciliárias e com recurso a dispositivos mecânicos (como o cicloergómetro), associadas a exercício terapêutico convencional, melhoram significativamente a funcionalidade do MS em adultos idosos com patologia musculoesquelética na coifa dos rotadores, inclusive resultados positivos em parâmetros como a dor, a amplitude articular ativa

e passiva (com ausência de dor) e o desempenho nas AVD. Igualmente, é reforçada a importância da adesão e continuidade do treino como determinantes do sucesso funcional.

No entanto, o estudo apresenta várias limitações, tais como ser um estudo piloto, com amostra reduzida, a inclusão de população muito específica (idosos que recusaram a cirurgia ou apresentavam contraindicação cirúrgica), limitando a generalização, a ausência de *follow-up* a médio/longo prazo (mais de 6 meses), a falta de cegamento dos profissionais, adesão ao treino domiciliário parcialmente auto-reportada e, ainda, o reforço educativo apenas no grupo experimental (risco de viés de desempenho).

O estudo de Kirkaya et al. (2025) sugere que intervenções que combinam mobilização articular com movimento ativo, como o MWMs são mais eficientes na promoção da funcionalidade do MS do adulto com síndrome da coifa dos rotadores do que tratamento conservador isolado ou, ainda, PNF associado ao mesmo tratamento base. Ainda assim, a PNF também se mostrou eficaz, embora não tanto como o MWMs.

Apesar disso, o estudo expõe algumas limitações, como o seguimento apenas a curto prazo, causando uma ausência de avaliação da eficácia das intervenções a longo prazo, amostra relativamente reduzida, a impossibilidade de cegamento do avaliador, a impossibilidade de avaliar a dor noturna separadamente e, ainda, a indisponibilidade de instrumentos de avaliação objetivos para alguns resultados.

O artigo de Kao et al. (2022) demonstra ganhos consistentes de força em músculos-chave do MS (antebraço, braço e ombro). A melhoria da força está fortemente associada à funcionalidade, sobretudo em tarefas de alcance, manipulação e autocuidado. Apesar disso, os resultados do estudo não indicaram melhoria na força de preensão nem nas pontuações da avaliação da funcionalidade. O estudo sugere que o exercício vibratório ativo pode ser um adjuvante eficiente à reabilitação tradicional, especialmente relevante em populações onde cargas elevadas ou treino resistido intenso podem não ser bem tolerados. Refere ser, ainda, uma intervenção segura, bem tolerada e específica para o MS, embora pouco explorada na literatura. Os resultados sustentam a vibração como uma estratégia complementar e não substitutiva na reabilitação do MS.

O estudo manifesta algumas limitações, entre as quais a amostra reduzida, a ausência de *follow-up*, a frequência e amplitude de vibração fixas, a aplicação de diferentes programas de exercício multicomponente para cada grupo, a falta de dados sobre a história de exercício prévio e atual dos participantes e, ainda, a utilização de instrumentos de avaliação das AVD com efeito teto.

O estudo de Demirci et al. (2024) responde à questão de investigação no contexto de prevenção e reabilitação funcional do punho e mão, componentes essenciais do MS, em engenheiros informáticos com dor no punho relacionada com trabalho repetitivo. A adição da

ortótese não mostrou superioridade significativa face ao exercício isolado na maioria dos resultados. Isto sugere que o exercício é o principal motor da melhoria funcional, sendo que a ortótese pode atuar como adjuvante (melhorando a dor e o desempenho no trabalho), mas não como elemento determinante.

O estudo apresenta algumas limitações, tais como a amostra reduzida, a ausência de *follow-up* a longo prazo, a ausência de análise de custos, dificuldades de recrutamento associadas à pandemia, a ausência de um desenho duplo-cego e, ainda, a população jovem e específica, o que limita a generalização.

O artigo de Sahin et al. (2023) apoia a eficácia dos exercícios terapêuticos domiciliários na funcionalidade do MS, nomeadamente exercícios de alongamento, fortalecimento isométrico e isotónico, bem como um acompanhamento regular com contacto telefónico e um diário de exercícios. Para estudos posteriores, sugere programas de reabilitação com a inclusão de exercícios para todo o MS e não apenas para a mão.

No entanto, o estudo apresenta algumas limitações, que englobam uma amostra relativamente reduzida e específica da patologia, a ausência de *follow-up* para determinar a persistência dos efeitos dos exercícios, a ausência de avaliação de edema, vascularização e condição da pele, bem como a ausência de monitorização de parâmetros cardiopulmonares durante a execução dos exercícios.

O artigo de Pérez-Mármol et al. (2017) permite avaliar a eficácia de uma intervenção específica e orientada para tarefas finas de funcionalidade da mão face a programas com uma abordagem generalista, mostrando ganhos claros ao nível da destreza manual e na ADM dos dedos (principalmente polegar e indicador), componentes-chave da funcionalidade do MS no adulto, apesar de não se traduzirem em melhorias globais da funcionalidade ou realização das AVD. Contudo, também evidencia um ponto crucial para a prática clínica, isto é, ganhos motores diferem de ganhos funcionais globais, sobretudo em populações idosas e institucionalizadas. Isto sugere a necessidade de intervenções multimodais/multicomponentes, integrando treino da motricidade fina, transferência para AVD reais, bem como gestão de dor e fatores psicossociais.

Apesar disso, o estudo refere algumas limitações, como uma amostra relativamente reduzida e institucionalizada, uma curta duração da intervenção (períodos mais longos de intervenção poderiam produzir maiores efeitos e melhorias mais significativas), a ausência de utilização de uma escala específica para avaliar a autoeficácia (ao invés do instrumento de avaliação utilizado que avalia a perceção geral de autoeficácia), a ausência de registo da rigidez articular (tendo possível influência na autoeficácia), a ausência de avaliação da dor como um resultado principal e, ainda, resultados não generalizáveis a adultos não institucionalizados.

Por fim, o estudo de Aksan Sadikoglu et al. (2022) manifesta que técnicas manuais (como a compressão isquémica) direcionadas aos pontos-gatilho podem melhorar a funcionalidade quando combinadas com exercício terapêutico. A compressão isquémica parece ter maior impacto funcional, possivelmente pela precisão da palpação manual e aplicação contínua de pressão específica. No entanto, nenhuma das técnicas foi superior nos parâmetros da dor ou ADM, sugerindo que o exercício terapêutico continua a ser o componente central da reabilitação.

O estudo apresenta algumas limitações, entre as quais uma amostra relativamente reduzida, um *follow-up* curto (apenas 6 semanas), a ausência de um grupo controlo que apenas realize exercícios e, ainda, a generalização limitada a roturas parciais da coifa dos rotadores.

Perante os resultados obtidos, as intervenções de reabilitação consideradas eficientes são bastante variadas, destacando-se o TOT, podendo incluir algumas variações de motricidade fina (Doussoulin et al., 2018; Fernández-Solana et al., 2025; Pérez-Mármol et al., 2017), bem como exercícios de alongamento/fortalecimento/resistência, inclusive com exercícios específicos consoante a população alvo (Aksan Sadikoglu et al., 2022; Cetin et al., 2025; Cruz-Montecinos et al., 2025; Demirci et al., 2024; Doussoulin et al., 2018; Gialanella et al., 2018; Kao et al., 2022; Kirkaya et al., 2025; Menek et al., 2025; Pérez-Mármol et al., 2017; Sahin et al., 2023).

A literatura refere que o TOT é uma opção de intervenção que provou ser eficaz na melhoria dos resultados da capacidade funcional da pessoa após um AVC. Esta intervenção envolve a repetição de movimentos de uma parte do corpo para realizar uma tarefa ou atividade, sendo que a mesma deve ser praticada várias vezes ao longo das sessões (Ibrahim et al., 2025).

Neste sentido, a literatura menciona que abordagens de terapia ocupacional multimodal para a reabilitação dos MS, mais especificamente da mão, foram eficazes na reabilitação da função motora, força muscular e na redução da dor, fatores preponderantes na funcionalidade e na realização das AVD (Vásquez-Carrasco et al., 2026).

Por outro lado, no estudo realizado por Ramírez-Pérez e Cuesta-Vargas (2025), a evidência científica confirma que a reabilitação conservadora baseada num programa de exercício terapêutico provavelmente resulta numa melhoria significativa na qualidade de vida, bem como na estabilidade em pessoas com antecedentes clínicos de instabilidade na articulação glenoumeral, embora ainda sejam escassos os estudos que o corroborem com uma evidência sólida. Este artigo refere ainda que aplicar exercícios focados no controlo motor a nível escapular e no fortalecimento da musculatura periarticular parece melhorar alguns dos principais sintomas desta patologia.

Igualmente, o artigo de Zhang et al. (2026a) estudou os efeitos das intervenções de reabilitação na força muscular em pessoas com dor no ombro associada a roturas da coifa dos rotadores. Este estudo corrobora que a implementação de programas de treino de força e/ou exercícios ativos obtiveram ganhos pequenos a moderados na força muscular, ao invés de programas com a ausência destas intervenções, que não obtiveram ganhos neste âmbito.

Aprofundando um pouco mais, foram diversas as intervenções de reabilitação identificadas como mais eficientes na promoção da funcionalidade do MS do adulto. Seguem-se as intervenções mais patentes e os artigos que as abordam:

- Intervenções de treino funcional e terapia ocupacional:
 - TOT, TE, CTE (Fernández-Solana et al., 2025);
 - Terapia de Movimento Induzida por Restrições modificada (Doussoulin et al., 2018);
 - Programa estruturado de treino de competências motoras finas, baseado em atividades funcionais progressivas e padronizadas (ex.: manipulação de papel de seda) (Pérez-Mármol et al., 2017);
 - Intervenções baseadas em realidade virtual aplicadas à reabilitação motora (Cetin et al., 2025).
- Exercício terapêutico para mobilidade e fortalecimento musculoesquelético:
 - Programas de alongamento, mobilização e fortalecimento muscular (isométrico e isotónico), com períodos de repouso entre exercícios (Aksan Sadikoglu et al., 2022; Cetin et al., 2025; Cruz-Montecinos et al., 2025; Demirci et al., 2024; Doussoulin et al., 2018; Gialanella et al., 2018; Kao et al., 2022; Menek et al., 2025; Sahin et al., 2023);
 - Exercícios terapêuticos para o punho, incluindo treino de mobilidade articular, alongamento, mobilização neural, deslizamento tendinoso e fortalecimento muscular (Demirci et al., 2024).
- Treino cardiorrespiratório e aeróbio:
 - RFR, com exercícios de respiração diafragmática e de expansão torácica (Menek et al., 2025);
 - Utilização de cicloergómetro domiciliário (Gialanella et al., 2018).
- Técnicas de terapia manual e facilitação neuromuscular:
 - MWMs e FNP (Kirkaya et al., 2025);
 - Compressão isquémica aplicada a pontos-gatilho miofasciais (Aksan Sadikoglu et al., 2022);
 - Mobilização de tecidos moles assistida por instrumentos (Aksan Sadikoglu et al., 2022).

- Modalidades físicas adjuvantes:
 - Estimulação vibratória localizada (Kao et al., 2022).
- Estratégias de educação terapêutica e monitorização:
 - Programas de educação terapêutica com telemonitorização periódica (Gialanella et al., 2018);
 - Monitorização da adesão ao exercício através de contacto telefónico e registo em diário de exercícios (Sahin et al., 2023).

É de mencionar que algumas destas intervenções foram realizadas simultaneamente, por vezes como terapias de reabilitação combinadas. Neste sentido, os artigos de Fernández-Solana et al. (2025), Menek et al. (2025) e Cruz-Montecinos et al. (2025) sugerem que a implementação de terapia combinadas traduz-se em maiores ganhos do que a implementação de terapias isoladas, o que se coaduna com o que refere a literatura.

No estudo de Enríquez-Canto et al. (2025), é comprovado que a terapia de reabilitação convencional combinada com intervenções de reabilitação com realidade virtual constitui-se como um procedimento mais eficaz do que a terapia de reabilitação convencional isolada, referindo ainda que as intervenções de reabilitação apenas com realidade virtual apresentam efeitos menos consistentes. Vásquez-Carrasco et al. (2026) também menciona a eficácia de abordagens de terapia ocupacional multimodal para reabilitação da mão. Igualmente, Zhang et al. (2026b) demonstra que jogos educacionais combinados com exercícios convencionais de reabilitação podem melhorar a função motora dos MS e a realização das AVD em pessoas com AVC.

Deste modo, alguns dos estudos analisados também comprovam que a motivação se constitui como fator determinante para a eficácia das intervenções implementadas, seja a estimulação que oferece a reabilitação baseada em jogos de realidade virtual (Cetin et al., 2025), seja através da interação em grupo nos programas de reabilitação (Doussoulín et al., 2018). Tal como refere Kisner e Colby (2015), a motivação e a vontade constituem-se como elementos influenciadores na progressão do processo de reabilitação, bem como na melhoria da funcionalidade da pessoa.

No entanto, o estudo de McNally et al. (2025), menciona que as intervenções de reabilitação do MS baseadas em grupo podem ser tão eficazes quanto a intervenção aplicada individualmente, após o AVC, sugerindo a realização de novos estudos que permitam investigar quais os tipos de intervenção de reabilitação do MS que se apresentem mais eficazes quando oferecidos em ambientes de grupo nas diferentes etapas da reabilitação do AVC.

Embora somente três artigos tenham avaliado os ganhos obtidos após os programas de intervenção, com uma positiva avaliação de *follow-up* após alguns meses (dois, três e seis

meses) (Doussoulin et al., 2018; Fernández-Solana et al., 2025; Pérez-Mármol et al., 2017), seria interessante realizar mais estudos com uma avaliação de *follow-up* alargada, de modo a avaliar os ganhos a médio/longo prazo decorrentes dos programas de reabilitação implementados, tal como evidencia Jiang et al. (2025) e Zhang et al. (2026b).

As limitações mais referidas pelos estudos incluídos na revisão incluem uma amostra reduzida, a impossibilidade de cegamento dos participantes/profissionais/avaliador, a ausência de *follow-up* a médio/longo prazo e a limitação da generalização perante a população selecionada (Aksan Sadikoglu et al., 2022; Cetin et al., 2025; Cruz-Montecinos et al., 2025; Demirci et al., 2024; Doussoulin et al., 2018; Fernández-Solana et al., 2025; Gialanella et al., 2018; Kao et al., 2022; Kirkaya et al., 2025; Menek et al., 2025; Pérez-Mármol et al., 2017; Sahin et al., 2023).

A literatura também menciona algumas destas limitações (com maior ênfase na amostra reduzida), bem como a diversidade dos programas implementados, o risco de viés e a necessidade de estudos com maior robustez metodológica, nomeadamente nos estudos de Ibrahim et al. (2025), Vásquez-Carrasco et al. (2026), Ramírez-Pérez e Cuesta-Vargas (2025), Jiang et al. (2025) e Zhang et al. (2026b).

Conclusão

A análise dos estudos incluídos na revisão evidencia que diversas intervenções de reabilitação podem promover melhorias na funcionalidade do MS em adultos, particularmente em contextos neurológicos e musculoesqueléticos. De forma geral, os resultados apontam para maior eficácia de abordagens combinadas e multimodais, em comparação com intervenções isoladas. Destacam-se intervenções baseadas no TOT, frequentemente associadas a estratégias potenciadoras de neuroplasticidade, como a TE, o CTE ou a terapia de movimento induzida por restrições modificada. Paralelamente, diferentes estudos evidenciam a relevância do exercício terapêutico (incluindo programas de alongamento, mobilização articular, fortalecimento muscular e treino de resistência) como elemento central da reabilitação funcional. Outras estratégias complementares, como a realidade virtual, exercícios respiratórios, técnicas de terapia manual, estimulação vibratória ou programas domiciliários monitorizados, demonstram igualmente contributos positivos para a melhoria da força muscular, da ADM, redução da dor e melhor desempenho nas AVD. De forma consistente com a literatura recente, verifica-se que abordagens integradas, que combinam diferentes modalidades terapêuticas e incorporam componentes funcionais, cognitivas e motivacionais, tendem a potenciar resultados funcionais mais significativos.

Apesar destes resultados promissores, a maioria dos estudos apresenta limitações metodológicas relevantes que condicionam a generalização dos resultados. Neste sentido,

reconhece-se como limitação, alguma heterogeneidade metodológica dos estudos incluídos, o que condiciona a comparação direta entre resultados e a generalização das conclusões.

Assim, torna-se fundamental o desenvolvimento de investigações futuras com amostras mais representativas, protocolos de intervenção mais padronizados e períodos de seguimento mais prolongados, de modo a consolidar a evidência científica relativa à eficácia das diferentes intervenções de reabilitação na promoção da funcionalidade do MS do adulto e do idoso.

4. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

O Projeto de Intervenção Profissional [PIP], sendo um tópico bastante relevante, pretende expor uma apresentação detalhada de todo este processo relacionado com a temática sobre a Promoção da Funcionalidade do MS do Adulto e cuja implementação teve lugar nos locais de estágio, nomeadamente, no serviço de medicina interna, no SRA e no serviço de ortopedia.

O PIP assume-se como parte integrante da aquisição de competências requeridas para o curso em si, contribuindo também para fundamentar a relevância do EEER como membro essencial da equipa multidisciplinar, neste caso, através da promoção da funcionalidade do MS do adulto.

Posteriormente, segue-se a apresentação dos diversos elementos do PIP, nomeadamente a sua implementação, a metodologia adotada, bem como a questão de investigação, os objetivos do estudo, a população-alvo (incluindo os critérios de inclusão e exclusão), a avaliação diagnóstica, a intervenção do EEER na temática escolhida (incluindo o planeamento das intervenções de ER), as considerações éticas, a apresentação dos resultados obtidos, a sua respetiva discussão e, por fim, as conclusões sobre o PIP.

4.1. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Seguindo o plano de estudos do atual mestrado, em âmbito teórico, mais precisamente durante a UC de Projeto em ER, foi possível planear e estruturar o PIP, sendo implementado, após a sua aprovação, nas UC de Estágio em ER e Estágio em ER com Relatório.

Sabemos que o EEER se assume como membro fulcral na capacitação e maximização da funcionalidade da pessoa ao longo do seu ciclo vital e através da implementação de programas de reabilitação que visem responder aos objetivos da própria pessoa, alcançando o seu máximo potencial de reabilitação.

Deste modo, o tema escolhido é de facto bastante relevante para a funcionalidade e autonomia da pessoa, usualmente condicionadas durante o período de internamento da pessoa em instituições de saúde. A temática surgiu da reflexão sobre as potenciais problemáticas decorrentes do internamento em cuidados de saúde e da pertinência de abordar um tema com necessidade de ser mais amplamente explorado, a fim de mitigar complicações derivadas da imobilidade associada ao internamento, bem como de otimizar a funcionalidade e, consequentemente, a autonomia da pessoa.

O PIP foi implementado compreendendo um período temporal desde 22 de abril de 2025 a 22 de janeiro de 2026, totalizando 17 semanas (excluindo os períodos de interrupção letiva).

4.2. METODOLOGIA

A investigação é uma atividade fundamental da ciência, orientada para questionar e analisar a realidade. Sustenta o ensino e permite a sua atualização face ao mundo real, articulando o pensamento com a ação, apesar do seu carácter teórico (Vilelas, 2020).

A investigação em enfermagem tem sido fundamental para o desenvolvimento de um corpo de conhecimentos próprio, contribuindo não só para a melhoria dos cuidados, como também para uma correta avaliação dos resultados em saúde (Martins et al., 2022).

A metodologia adotada para este projeto é de estudo de casos múltiplos que, segundo Vilelas (2020), se enquadra na abordagem qualitativa e permite uma compreensão e exploração das experiências inerentes a esta tipologia de estudo. Isto significa que engloba uma complexa e holística descrição de uma determinada realidade, em que os dados são essencialmente obtidos através da observação pessoal do investigador (Vilelas, 2020) e, neste caso, também pela aplicação dos instrumentos de avaliação que serão explorados mais adiante no presente documento.

Igualmente, Vilelas (2020) menciona que este tipo de estudo tem como base de partida um referencial teórico, pelo que foi possível basear o PIP na Teoria das Transições de Afaf Meleis, bem como na Teoria de Enfermagem do Autocuidado, de Dorothea Orem, mais especificamente, uma das suas subteorias, a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, como já abordado previamente.

Neste sentido, o estudo de casos múltiplos possibilita um conhecimento amplo e pormenorizado dos objetos de investigação, permitindo conhecer aspetos gerais desse conjunto escolhido pelo investigador, ou seja, da amostra escolhida, podendo superar certos inconvenientes associados a um único estudo de caso e conseguindo “extrair os conhecimentos mais valiosos e fiáveis.” (Vilelas, 2020, p. 243).

Desde modo, é necessária uma seleção adequada dos casos de interesse, considerando três variáveis: “encontrar os casos típicos, selecionar os casos extremos e considerar os casos desviantes ou marginais”. Esta última variável é tida como conveniente na medida em que potencia o conhecimento das qualidades dos casos típicos, confrontando os dados e características de cada um (Vilelas, 2020, p. 243).

Assim, a adoção desta abordagem metodológica visa proceder a uma correta avaliação, análise e comparação dos resultados obtidos decorrentes da implementação das intervenções de ER, evidenciando a sua relevância e o seu papel preponderante na promoção de ganhos em saúde.

4.3. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Tendo em conta a temática previamente abordada, foi definida a seguinte questão de investigação: “Quais os benefícios de um Programa de Enfermagem de Reabilitação para a promoção da Funcionalidade do Membro Superior do Adulto?”.

4.4. OBJETIVOS DO ESTUDO

Com vista ao cumprimento na implementação das intervenções preconizadas como competência do EEER e perante os objetivos propostos, a elaboração, planeamento e implementação do PIP, definiu-se como objetivo geral: Avaliar os benefícios de um Programa de Enfermagem de Reabilitação para a melhoria/manutenção da funcionalidade do MS do adulto.

Desta forma, foi possível estabelecer mais aprofundadamente os seguintes objetivos específicos:

- Avaliar a funcionalidade do MS do adulto através da aplicação de instrumentos de avaliação previamente selecionados;
- Diagnosticar alterações da funcionalidade do MS do adulto;
- Implementar intervenções de ER que visam a promoção da funcionalidade do MS do adulto;
- Monitorizar a execução do PIP;
- Avaliar os benefícios das intervenções de ER para a manutenção/melhoria da funcionalidade do MS do adulto;
- Fundamentar a necessidade da temática, bem como a sua influência nos resultados sensíveis às intervenções de ER.

4.5. POPULAÇÃO-ALVO

Para a seleção adequada dos casos a incluir é necessário refletir sobre determinados aspetos, entre os quais a sua viabilidade, o contexto em consonância com a realidade e a relevância da amostra para o quadro referencial, bem como para a questão de investigação, permitindo um certo grau de generalização e uma comparação entre os casos da amostra (Vilelas, 2020).

Considerando a implementação do PIP e os objetivos propostos, torna-se relevante estipular a população-alvo, a qual apresenta como critérios de inclusão:

- Pessoa com idade igual ou superior a 18 anos admitida nos contextos da prática clínica de cuidados onde decorreram os estágios supramencionados;

- Pessoa que obtenha um resultado de nível igual ou superior a VII após avaliação da função cognitiva com recurso à *Rancho los Amigos Levels of Cognitive Functioning Scale* [LCFS].

Já como critério de exclusão engloba-se a:

- Pessoa com comprometimento grave da funcionalidade do MS em fase aguda, por exemplo, derivado de patologia e/ou em processo ortotraumatológico.

Assim, a estipulação da população-alvo foi realizada através de uma amostra não probabilística, selecionada por conveniência e consoante os critérios de inclusão e exclusão para a sua participação.

4.6. AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

A avaliação no processo de enfermagem assume um papel essencial na garantia da eficácia na prática de cuidados, bem como na melhoria das pessoas em âmbito clínico. Neste contexto, a utilização dos instrumentos de avaliação mais adequados revela-se fundamental para a identificação de falhas, a implementação de ajustes e o aperfeiçoamento contínuo da qualidade na prestação de cuidados (Ferreira et al., 2025).

Considerando a importância da avaliação diagnóstica para o PIP, foi elaborado um documento para colheita de dados da população-alvo denominado “Instrumento de Colheita de Dados” (Apêndice K), que visa a recolha de dados pessoais e clínicos, que será preenchido através de entrevista à pessoa e/ou família/cuidador, bem como com a consulta do processo clínico presente no sistema de informação do respetivo local de estágio.

Igualmente, após a seleção das pessoas aptas a incluir no PIP, no qual se insere a avaliação cognitiva, com a LCFS (Anexo G), foram aplicados os seguintes instrumentos de avaliação: avaliação da funcionalidade do MS, através do *Quick Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand Outcome Measure* [QuickDASH] (Anexo H); avaliação da amplitude articular, com recurso à Goniometria; avaliação da força muscular, mediante a *Medical Research Council Muscle Scale* [MRC] (Anexo I); avaliação da perceção da pessoa quanto à funcionalidade global do seu MS, com a aplicação da *Upper Limb Functional Index* [ULFI] (Anexo J); e avaliação do grau de dependência na realização das AVD, com a Escala Modificada de *Barthel* (Anexo K).

É de referir que os instrumentos de avaliação QuickDASH e ULFI foram aplicados através de entrevista à pessoa e os restantes instrumentos mediante a observação direta.

Instrumentos de Avaliação

- Rancho los Amigos Levels of Cognitive Functioning Scale [LCFS] – Instrumento que pretende avaliar o funcionamento cognitivo através de 8 níveis, em que o nível I corresponde a um menor funcionamento cognitivo e o nível VIII ao mais elevado nível de cognição, nos quais se incluem “comportamentos, respostas a estímulos, competência das funções cognitivas, resposta à interação social e ambiental e desempenho na realização de atividades de vida” (Pereira et al., 2021, p. 40). Foi escolhida para integrar no PIP devido à sua fácil aplicabilidade, o que se comprovou em âmbito prático.
- QuickDASH – Questionário que pretende avaliar a função física do MS, bem como a possível sintomatologia associada a distúrbios a nível musculoesquelético, sendo uma versão mais reduzida do DASH, mas que mantém a sua validade e fiabilidade, passando de 30 para 11 itens (mais 2 módulos opcionais, tal como no DASH: módulo de trabalho e módulo de desporto/música), com uma pontuação final de 100 pontos, que indicam maior défice. Esta pontuação final é obtida através de uma fórmula específica, que se traduz no somatório das respostas, posteriormente divisão desta pontuação pelo número de tópicos concluídos, subtraindo um e multiplicando por 25, sendo que a pontuação final pode ser calculada se houver um item em falta, mas somente um (Beaton et al., 2005). Revelou-se um instrumento fundamental para sustentar a temática.
- Goniometria – Avaliação com goniómetro, que constitui um instrumento de medida globalmente utilizado para a avaliação da amplitude articular. Embora os goniómetros apresentem uma estrutura semelhante (corpo com escala em graus, de 0° a 360° ou de 0° a 180°, e dois braços, um móvel e outro fixo), existem diversos tamanhos consoante a articulação a avaliar. A precisão da goniometria depende de vários fatores, entre os quais as particularidades da articulação avaliada, a adequação do instrumento, possíveis patologias articulares associadas, o procedimento escolhido e o tipo de movimento selecionado (ativo ou passivo). Assim, é essencial considerar o movimento articular, a posição, a estabilização da articulação, o eixo e o posicionamento dos braços fixo e móvel, devendo o registo incluir o movimento avaliado, a articulação em causa e a amplitude em graus (OE, 2016). Considerando o PIP, importa referir também que foram avaliadas as articulações do ombro, cotovelo e punho, assumindo como valores de referência os presentes na seguinte tabela, segundo Kapandji (2000):

Tabela 3: Valores de referência de goniometria

Articulação	Movimento	Amplitude esperada
Ombro	Flexão	0-180°
	Extensão	0-50°
	Abdução	0-180°
	Adução	0-30°
	Rotação lateral	0-80°
	Rotação medial	0-100°
Cotovelo	Flexão	0-145°
	Extensão	0°
Punho	Flexão	0-85°
	Extensão	0-85°
	Desvio radial/abdução	0-15°
	Desvio ulnar/adução	0-45°

Fonte: Kapandji (2000)

- Medical Research Council Muscle Scale [MRC] – Escala usada para avaliação da força muscular relativamente ao resultado máximo esperado para o determinado músculo mediante resistência à mobilização ativa, pontuando de 0 a 5 os seguintes parâmetros: 0 corresponde a “sem contração muscular palpável ou visível”, 1 é relativo a “contração palpável ou visível mas sem movimento do membro”, 2 é referente a “movimento sem vencer a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular”, 3 traduz-se no “movimento que vence a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular, mas não vence resistência”, 4 está relacionado com “movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade” e 5 corresponde a “força normal” (OE, 2016, p.42). Esta escala de simples aplicabilidade foi essencial para observar ganhos na força muscular.
- Upper Limb Functional Index [ULFI] – Questionário com foco na perceção da pessoa, apresentando 25 tópicos que pretendem avaliar a função global do MS em pessoas com disfunções musculoesqueléticas. Apresenta uma rápida e fácil aplicabilidade. O instrumento apresenta 3 respostas possíveis: sim (correspondendo a 1 ponto), parcialmente (correspondendo a 0,5 ponto) e não (correspondendo a 0 pontos), com uma pontuação que varia desde 0 a 100 pontos. A fim de obter a pontuação total, é necessário somar os pontos assinalados e multiplicar por 4. Posteriormente, subtrai-se 100 desse valor calculado, sendo que quanto maior for a pontuação, maior será a funcionalidade (Takahasi et al., 2021). Tornou-se uma escala bastante pertinente para justificar a temática do PIP.

- Escala Modificada de Barthele – Instrumento que avalia o grau de dependência da pessoa nas seguintes AVD: “Higiene pessoal, banho, alimentação, uso do sanitário, subir e descer escadas, vestuário, controlo esfíncteriano (bexiga), controlo esfíncteriano (intestino), deambulação ou cadeira de rodas e transferências de cadeira/cama”. Em cada um destes 10 tópicos a pontuação varia entre 0 e 15, em que 0 corresponde ao maior grau de dependência e o valor mais elevado de cada item corresponde ao menor grau de dependência. No que toca a pontuação a menor ou igual a 25, é possível classificar como “Dependência Total”; de 26 a 50 pontos, classifica-se como “Dependência Severa”; valores entre 51 a 75 pontos correspondem a “Dependência”; já os resultados entre os 76 e 99 pontos estão relacionados com “Dependência Leve” e os 100 pontos com “Totalmente Independente” (Apóstolo, 2012, p.18). Foi de facto um instrumento crucial para avaliação do grau de dependência na realização das AVD e, consequentemente, da autonomia da pessoa.

Deste modo, a fim de proceder à avaliação da efetividade do PER implementado, bem como dos ganhos em saúde adjacentes, foi criado um “Formulário para Recolha de Dados” (Apêndice L) preconizado para recolha de dados de todos os instrumentos de avaliação no momento de avaliação inicial (no dia da primeira sessão, antes da mesma) e de avaliação final (no dia da última sessão).

Após planear a colheita de dados e a implementação dos instrumentos de avaliação, foi possível definir os focos, diagnósticos e intervenções de ER adequados à temática desenvolvida, que, neste caso, se baseiam no Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade em ER (OE, 2015, pp. 12-48), que se seguem:

Tabela 4: Diagnósticos e intervenções de ER para o foco: Movimento muscular

Diagnóstico(s) de ER	Intervenções de ER
Movimento muscular diminuído	- Avaliar força muscular em todos os segmentos dos MS e inferiores, através da MRC (com especial ênfase nos MS); - Monitorizar força muscular através da MRC; - Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido em todos os segmentos do MS; - Executar técnica de exercício muscular e articular ativo resistido em todos os segmentos do MS; - Executar técnica de exercício muscular e articular passivo em todos os segmentos do MS; - Executar técnica de exercício muscular e articular passivo com dispositivo em todos os segmentos do MS; - Incentivar a pessoa a executar os exercícios musculares e articulares ativos em todos os segmentos do MS (auto mobilizações); - Supervisionar o movimento muscular em todos os segmentos do MS.

Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular	- Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular em todos os segmentos do MS; - Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular em todos os segmentos do MS; - Providenciar material educativo.
Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular	- Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular em todos os segmentos do MS; - Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular em todos os segmentos do MS (auto mobilizações, mobilizações ativas assistidas, mobilizações ativas, mobilizações ativas resistidas, exercícios de fortalecimento muscular, exercícios de motricidade fina); - Treinar técnicas de exercício muscular e articular em todos os segmentos do MS (auto mobilizações, mobilizações ativas assistidas, mobilizações ativas, mobilizações ativas resistidas, exercícios de fortalecimento muscular, exercícios de motricidade fina).

Fonte: OE (2015)

Tabela 5: Diagnósticos e intervenções de ER para o foco: Rigidez articular

Diagnóstico(s) de ER	Intervenções de ER
Risco de rigidez articular	- Avaliar movimento articular no ombro, cotovelo e punho; - Monitorizar amplitude do movimento articular através de goniómetro; - Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido no ombro, cotovelo e punho; - Executar técnica de exercício muscular e articular ativo resistido no ombro, cotovelo e punho; - Executar técnica de exercício muscular e articular passivo no ombro, cotovelo e punho; - Executar técnica de exercício muscular e articular passivo com dispositivo no ombro, cotovelo e punho; - Executar técnica de posicionamento em todos os segmentos do MS; - Incentivar execução de exercício muscular e articular em todos os segmentos do MS; - Supervisionar exercícios musculares e articulares ativos em todos os segmentos do MS.
Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de rigidez articular	- Avaliar conhecimento sobre condições de risco para a rigidez articular nas articulações do ombro, cotovelo e punho; - Ensinar sobre condições de risco para a rigidez articular nas articulações do ombro, cotovelo e punho; - Providenciar material educativo.
Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício	- Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular no ombro, cotovelo e punho; - Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular no ombro, cotovelo e punho; - Treinar técnicas de exercício muscular e articular no ombro, cotovelo e punho.

muscular e articular	
----------------------	--

Fonte: OE (2015)

Tabela 6: Diagnósticos e intervenções de ER para o foco: Autocuidado: Beber

Diagnóstico(s) de ER	Intervenções de ER
Potencial para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para autocuidado: beber	- Avaliar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: beber; - Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para autocuidado: beber; - Ensinar sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: beber; - Ensinar sobre técnica de adaptação para autocuidado: beber; - Providenciar material educativo.
Potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: beber	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: beber (abre recipientes; coloca os líquidos nos utensílios; prepara os líquidos para a ingestão; pega no copo ou na chávena; bebe por copo ou chávena); - Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: beber; - Treinar o uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: beber.

Fonte: OE (2015)

Tabela 7: Diagnósticos e intervenções de ER para o foco: Autocuidado: Comer

Diagnóstico(s) de ER	Intervenções de ER
Potencial para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: comer	- Avaliar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: comer; - Ensinar sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: comer; - Providenciar material educativo.
Potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: comer	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: comer (abre recipientes; leva os alimentos à boca usando os dedos da mão; coloca os alimentos na boca; utiliza utensílios; prepara os alimentos para a ingestão; coloca os alimentos nos utensílios; leva os alimentos à boca com os utensílios; conclui uma refeição); - Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: comer; - Treinar o uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: comer.

Fonte: OE (2015)

Tabela 8: Diagnósticos e intervenções de ER para o foco: Autocuidado: Higiene

Diagnóstico(s) de ER	Intervenções de ER
Potencial para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene	- Avaliar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene; - Ensinar sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene; - Providenciar material educativo.
Potencial para melhorar capacidade para usar	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene (abre as torneiras e adequa a temperatura da água; entra e sai do chuveiro/banheira; lava regularmente as

dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene	mãos; lava todas as zonas do corpo como genitais, costas e MI; lava zona inferior do corpo; lava zona superior do corpo; seca todas as zonas do corpo); - Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene; - Treinar o uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene.
--	--

Fonte: OE (2015)

Tabela 9: Diagnósticos e intervenções de ER para o foco: Autocuidado: Arranjar-se

Diagnóstico(s) de ER	Intervenções de ER
Potencial para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: arranjar-se	- Avaliar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: arranjar-se; - Ensinar sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: arranjar-se; - Providenciar material educativo.
Potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: arranjar-se	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: arranjar-se (usa adequadamente dispositivo auxiliar); - Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: arranjar-se; - Treinar o uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: arranjar-se.

Fonte: OE (2015)

As tabelas apresentadas têm como finalidade sistematizar os focos, diagnósticos e intervenções de ER definidos no âmbito do programa, contribuindo para a clareza expositiva e para a compreensão do planeamento subjacente à intervenção.

Ao definir os focos, diagnósticos e intervenções de ER mais pertinentes, torna-se relevante expor as intervenções integradas no PER, atendendo aos valores da individualidade, bem como a adaptação das intervenções às especificidades e necessidades de cada pessoa.

4.7. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DA FUNCIONALIDADE DO MEMBRO SUPERIOR DO ADULTO

A funcionalidade é determinada tanto por fatores intrínsecos, relacionados com as características físicas e mentais desenvolvidas no decorrer da vida, quanto por fatores extrínsecos, relativos ao contexto de vida em que a pessoa se insere. Isto inclui os relacionamentos pessoais, valores, atitudes, além de sistemas e políticas de saúde e sociais, que criam impacto na funcionalidade, seja positiva ou negativamente (Wieczorek et al., 2020).

A perda de funcionalidade associada à redução da massa muscular, do equilíbrio e da coordenação, torna a pessoa idosa mais suscetível ao desenvolvimento de potenciais

doenças. Noutra perspetiva, poderá afirmar-se que a funcionalidade potencia a autonomia da pessoa, quer na saúde física, quer na saúde mental (Silva et al., 2021).

O EEER assume-se como vetor primordial em todo este processo, principalmente no âmbito das potenciais transições pelas quais a pessoa atravessa, como já abordado previamente com a Teoria das Transições de Meleis.

Neste sentido, é fundamental desenvolver um processo de reabilitação orientado para as potencialidades da pessoa, valorizando a sua notável capacidade de adaptação a uma nova realidade e assumindo a viabilidade e a possibilidade como elementos centrais de todo este processo. O EEER “escuta, assiste, ensina, esclarece dúvidas, realiza técnicas, numa perspetiva do desenvolvimento da pessoa, integrando reforços positivos, essenciais para o aumento da motivação” (Santos, 2016, p. 15).

Assim, a intervenção do EEER na promoção da funcionalidade do MS do adulto está integrada no corpo de competências da especialidade, principalmente, nas alíneas “J3 Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa: J3.1. Concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório; J3.2. Avalia e reformula programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados” (Regulamento n.º 392/2019, pp. 13567-13568).

Segue-se então o planeamento das intervenções de ER, nomeadamente relacionadas com o PER planeado para a promoção da funcionalidade do MS do adulto.

4.7.1. Planeamento das Intervenções de Enfermagem de Reabilitação

A prescrição e implementação de programas de exercício físico dirigidos a pessoas que apresentem necessidades especiais assumem um papel de elevada relevância, sendo frequentemente integrados como um complemento terapêutico determinante para a concretização dos objetivos estabelecidos no âmbito da ER (Novo et al., 2021).

Mais especificamente, a integração de um programa de treino de força e resistência com exercícios resistidos progressivos, enquanto estratégia adjuvante às abordagens convencionais de reabilitação, também se revela aconselhável no contexto das patologias musculoesqueléticas crónicas, desde que seja criteriosamente individualizada e ajustada às especificidades clínicas, funcionais e biopsicossociais de cada pessoa (Coelho et al., 2016).

Assim, considerou-se pertinente a elaboração de um plano de intervenção, integrado no PER, partindo da posição anatómica, de acordo com os princípios de prescrição de exercício do livro de *American College of Sports Medicine* ([ACSM], 2022) e de Kisner e Colby (2015), procedendo-se ao seguinte plano de intervenção:

Tabela 10: Plano de Intervenção

<u>Fase</u>	<u>Atividades</u>	<u>Repetições/Duração</u>
Aquecimento	Mobilização passiva, ativa-assistida e/ou ativa livre (flexão/extensão, abdução/adução, desvio ulnar/radial) nas articulações do ombro, cotovelo, punho e dedos.	1-2 séries de 10-15 repetições (cada MS)
Exercícios de resistência / força / propriocepção	1º: Com o braço em flexão a 90º na articulação do ombro e em extensão a 0º na articulação do cotovelo, segurar e pressionar com a palma da mão uma bola suíça (com pouca tensão) contra a parede, realizando alternadamente movimentos de rotação medial e lateral.	1-3 séries de 6-8 repetições (cada MS)
	2º: Com os braços em ligeira abdução e flexão de 45º na articulação do ombro e em supinação, a pessoa segura com as mãos numa banda elástica (que a enfermeira segura em posição contrária), puxando-a para si, realizando extensão do braço na articulação do ombro e flexão do antebraço na articulação do cotovelo.	1-3 séries de 6-8 repetições
	3º: Realizar flexão e extensão do antebraço na articulação do cotovelo (com o olecrânio apoiado), segurando um halter em cada mão.	1-3 séries de 6-8 repetições (cada MS)
	4º: Com os braços em extensão a 0º na articulação do ombro, flexão a 90º na articulação do cotovelo e com pronação a 90º do antebraço, com uma banda elástica no terço médio das mãos, afastá-la num movimento controlado e consoante tolerância, mantendo os braços junto ao tronco.	1-3 séries de 6-8 repetições
	5º: Segurando com as mãos um halter, realizar flexão do antebraço na articulação do cotovelo e, simultaneamente, extensão do braço na articulação do ombro. De seguida, flexão no braço na articulação do ombro e simultânea extensão do antebraço na articulação do cotovelo (contrariando o mais possível a força da gravidade). Posteriormente, reverter os movimentos voltando à posição original, ou seja, realizar extensão do braço na articulação do ombro, e, simultaneamente, flexão do antebraço na articulação do cotovelo, seguida de extensão a 0º do braço na articulação do ombro e, conjuntamente, extensão do antebraço na articulação do cotovelo, regressando à posição inicial.	1-3 séries de 6-8 repetições
	6º: Com uma bola <i>anti-stress</i> em cada mão (com o tamanho adequado à mão da pessoa), realizar flexão dos dedos e, posteriormente, abdução e extensão dos mesmos, tentando equilibrar a bola na mão.	1-3 séries de 6-8 repetições
Alongamento	Com o braço em flexão a 90º na articulação do ombro e em supinação, realizando extensão da mão na articulação do punho, forçar ligeiramente a extensão com a mão contralateral (até ao ponto de sentir tensão ou ligeiro desconforto, mas sem dor).	15 segundos (cada MS)

	Realizar rotação medial e extensão dos braços nas articulações dos ombros, com retração da escápula. Se for possível, forçar o alongamento ao longo do MS com extensão das mãos nas articulações dos punhos, mantendo as mãos unidas na região posterior ao tronco (até ao ponto de sentir tensão ou ligeiro desconforto, mas sem dor).	15 segundos (cada MS)
	Exercício de respiração, com abdução e flexão dos braços nas articulações dos ombros na inspiração, forçando o alongamento por um mínimo de 10 segundos, e respetiva adução e extensão a 0º dos braços nas articulações dos ombros na expiração.	3 repetições

Fonte: Autoria própria, com base em ACSM (2022) e em Kisner e Colby (2015)

Note-se que todos os exercícios implicam uma adaptação e realização conforme a condição clínica e tolerância da pessoa, inclusive a possível progressão no aumento de repetições, peso e/ou tensão. De igual modo, entre os exercícios houve um intervalo de repouso para recuperação, garantindo um plano de intervenção seguro e eficiente.

Devido à imprevisibilidade dos horários realizados em âmbito de estágio e do tempo de internamento da pessoa, ao planear o PER estabeleceu-se um limite mínimo de 3 sessões por pessoa no total e 2-3 vezes por semana, embora considerando um potencial acréscimo no número de sessões tanto quanto possível e sempre que significasse benefício para a promoção da funcionalidade da pessoa.

Importa ressaltar que, embora o ACSM não descreva alguns dos exercícios específicos apresentados, fornece diretrizes para a sua prescrição, enquadrando-os nas recomendações gerais de treino de resistência, força, propriocepção, controlo neuromuscular e funcionalidade do MS. Por esse motivo, procurou-se fundamentar os exercícios selecionados em literatura de reabilitação musculoesquelética de referência, nomeadamente em Kisner e Colby (2015).

Neste sentido, é possível aferir que para a prescrição de exercício físico é relevante considerar a frequência (o número de vezes por dia e/ou semana que realiza o exercício), a intensidade (a carga de exercício ou nível de resistência, que viabiliza a segurança na realização de exercício), o tempo ou duração (referente à duração de cada uma das sessões), a tipologia (o tipo de treino realizado), o volume (a quantidade total de exercício, calculada através da totalidade de repetições e séries em cada secção de exercício, multiplicada pela resistência utilizada) e, ainda, a progressão (relativa ao modo como é atingido o volume de treino planeado) (Novo et al., 2021; Kisner & Colby, 2015).

Além disso, existem outros fatores a considerar para a elaboração de um programa de exercícios resistidos, tais como: a posição, onde se enquadra um posicionamento adequado dos diferentes segmentos corporais e uma promoção da estabilidade articular, tanto nas estruturas proximais, como nas distais; a ordem dos exercícios, ou seja, um adequado encadeamento da intervenção ao nível dos diferentes grupos musculares, privilegiando uma

progressão do controlo motor das estruturas proximais para as distais; o intervalo de repouso, referente ao tempo de recuperação necessário entre as séries e os exercícios em si; o modo de exercício, que incluiu condicionantes como a ADM, o posicionamento e os tipos de contração muscular; a velocidade, ou seja, a velocidade para executar o movimento (como controlada, rítmica, lenta ou moderada); a periodização, que engloba uma variação da intensidade, bem como do volume durante determinados períodos de tempo; e, por fim, a incorporação de exercícios de carácter funcional, ou seja, exercícios que repliquem exigências funcionais específicas do quotidiano (Coelho et al., 2016; Kisner & Colby, 2015).

Perante o plano de intervenção previamente exposto, torna-se pertinente abordar as suas diversas fases, entre as quais o aquecimento, o treino de força e resistência muscular, treino neuromotor (associado à propriocepção) e o alongamento.

O **aquecimento** é enquadrado como fase preparatória antes do exercício estruturado, consistindo tipicamente em atividade aeróbia leve a moderada e em movimentos específicos progressivos. Esta fase inicial é relevante por promover um aumento gradual da frequência cardíaca e do fluxo sanguíneo muscular, melhorar a mobilidade articular, reduzir o risco de lesões musculoesqueléticas e preparar o sistema neuromuscular para esforços de maior intensidade, sendo considerada como parte integrante de uma sessão de treino segura e eficaz (ACSM, 2022). O período de aquecimento também exerce um efeito modulador ao nível do tônus muscular, favorecendo uma resposta contrátil mais eficiente e uma maior capacidade para gerar tensão no momento da contração, atenuando a dor que se pode manifestar no período pós-treino (Coelho et al., 2016).

Neste plano de intervenção foi escolhido como aquecimento a mobilização dos segmentos do MS, através das técnicas de mobilização passiva, ativa (ativa-assistida e ativa livre), cujo o devido enquadramento se segue:

- **Mobilização passiva**: Este tipo de mobilização distingue-se pela aplicação de forças externas, que habitualmente não são controladas pela pessoa (Coelho et al., 2016). A mobilização passiva manual pode designar-se como uma intervenção terapêutica executada dentro dos limites da ADM fisiológica própria de cada articulação. Esta tipologia de mobilização possibilita a preservação da integridade óssea, contribui para a nutrição da cartilagem, favorece a proteção das superfícies articulares, estimula a extensibilidade e a capacidade contrátil do tecido muscular, auxilia o retorno venoso, otimiza a eficiência neuromuscular, potencia a manutenção do tônus articular, a promoção da tensão no aparelho cápsulo-ligamentar e o estiramento controlado das fibras musculares (Kisner & Colby, 2015). Os princípios orientadores da execução da mobilização passiva incluem um correto alinhamento corporal, a realização dos movimentos dentro da ADM da pessoa (Coelho et al., 2016), que devem ser lentos, controlados e repetidos, de modo a recriar as

condições fisiológicas adequadas, sem esquecer a avaliação das estruturas inativas, nomeadamente possíveis limitações dos movimentos, a estabilidade articular, a elasticidade muscular e de outros tecidos moles (Kisner & Colby, 2015);

- Mobilização ativa: corresponde ao movimento executado pela própria pessoa. A sua eficácia e aplicação adequada estão condicionadas ao conhecimento que o profissional de saúde detém acerca da pessoa, ao nível da sua participação, da confiança estabelecida, do respeito pelo limiar doloroso e da componente educativa inerente ao processo. Adicionalmente, é fundamental que a pessoa se encontre confortável durante a execução, garantindo que os movimentos respeitam os princípios fisiológicos que regem a função músculo-articular (Coelho et al., 2016);
- Mobilização ativa assistida: integrada na mobilização ativa, nesta abordagem, a pessoa principia o movimento, mas é incapaz de superar a força da gravidade, apresentando dificuldades na mobilização autónoma dos segmentos corporais. Nesse contexto, o profissional de saúde intervém, auxiliando na execução do movimento e fornecendo suporte ao membro envolvido. A mobilização ativa assistida usualmente é aplicada em situações de fraqueza muscular significativa ou quando a dor limita a ADM. Esta prática requer uma avaliação rigorosa da pessoa, de forma a assegurar que o gesto mantém características ativas e não se converte inadvertidamente em mobilização passiva (Coelho et al., 2016);
- Mobilização ativa livre: englobada na mobilização ativa, na mobilização ativa livre a pessoa é capaz de efetuar movimentos de forma autónoma, sendo que esta tipologia de mobilização se relaciona diretamente com a aptidão da pessoa para gerar a força necessária à mobilização dos segmentos corporais implicados (Coelho et al., 2016).

Igualmente, neste contexto, é necessário monitorizar a dor e prevenir o aparecimento de resistência durante o movimento, já que estes sinais indicam a necessidade de limitar ou suspender a técnica (Kisner & Colby, 2015).

Por outro lado, o **treino de força e resistência muscular** caracteriza-se pela execução sistematizada de movimentos que implicam contrações musculares contra uma carga externa previamente definida, gerando oposição mecânica ao movimento, frequentemente concretizada através do levantamento de pesos (Novo et al., 2021). Além dos pesos livres também é possível recorrer à utilização de máquinas ou resistências elásticas, com uma progressão gradual e adequada a cada pessoa e situação (ACSM, 2022), sempre que garantam segurança, eficácia e acessibilidade (Coelho et al., 2016).

Este tipo de intervenção traduz-se no incremento da massa e da robustez dos tecidos muscular e ósseo (Novo et al., 2021), melhoria da força e resistência à fadiga, aumento da

flexibilidade e redução do risco de queda, associada a ganhos ao nível do controlo neuromuscular e da estabilidade postural (Coelho et al., 2016), desempenhando simultaneamente um papel preventivo face às alterações associadas à imobilidade (Novo et al., 2021). Deste modo, além de preservar e aumentar a massa muscular e a força, contribui para a manutenção da capacidade funcional, tornando-se um componente essencial da aptidão física na área da saúde (ACSM, 2022).

A imobilidade e o aumento do catabolismo do músculo esquelético, fenómenos igualmente potenciados pelo processo fisiológico de envelhecimento, constituem fatores determinantes na redução da tolerância ao exercício físico. Por este motivo, a prescrição deste tipo de treino deve obedecer a princípios de individualização e progressividade, assegurando uma implementação cautelosa. Recomenda-se uma frequência de 2-3 sessões por semana, privilegiando a progressão da intensidade em cada sessão, em detrimento do aumento do número total de sessões realizadas (Novo et al., 2021), o que se coaduna com o planeamento do PER.

A prescrição desta tipologia de treino deve contemplar um intervalo temporal adequado à adaptação progressiva das estruturas musculoesqueléticas, bem como à consolidação da aprendizagem na execução técnica dos exercícios, a fim de minimizar possíveis lesões e atenuar o desconforto muscular excessivo. Neste sentido, a resistência inicial/carga de treino deverá ser estabelecida de forma a possibilitar a realização do número de repetições previamente determinado, dentro do intervalo estipulado, sem que se verifique um esforço desproporcionado ou comprometimento significativo da qualidade técnica do movimento (Coelho et al., 2016).

Dentro de outro prisma, embora ainda no âmbito do treino de força e resistência muscular, observam-se diversos tipos de contração muscular, cada um caracterizado por especificidades ao nível dos mecanismos neurais, das respostas fisiológicas e das propriedades mecânicas envolvidas. As formas de contração podem ser descritas como contrações isotónicas — que englobam as variantes concêntrica e excêntrica — bem como as contrações isométricas e isocinéticas (Coelho et al., 2016).

As intervenções selecionadas para o plano de intervenção enquadram-se nas contrações isotónicas (concêntricas e excêntricas) e isométricas.

Coelho et al. (2016, p.229) descreve as contrações isotónicas como a “contração dinâmica que produz o movimento”, sendo que se subdividem em concêntricas e excêntricas. As primeiras são consideradas as mais usuais (a favor da força gravitacional) e ocorrem aquando do encurtamento das fibras musculares durante o desenvolvimento de tensão, traduzindo-se na produção de movimento. Já as contrações excêntricas dão-se aquando do alongamento das fibras musculares sempre que é sustentada uma carga contra a força da gravidade, requerendo uma produção de força maior relativamente aos tipos contrações

musculares prévias, promovendo por isso um incremento na massa e força muscular. Este tipo de ação muscular favorece um menor *stress* cardiovascular, uma diminuição do consumo de oxigénio, bem como da ativação neuronal e das unidades motoras. Na pessoa idosa associa-se à promoção de massa muscular, bem como à melhoria da capacidade funcional e, consequentemente, do desempenho nas AVD (Coelho et al., 2016).

Subsequentemente, as contrações isométricas caracterizam-se por gerar tensão muscular sem que se verifique variação no comprimento do músculo envolvido, como ocorre quando se sustenta um objeto, em que não ocorre movimento visível, mas a musculatura permanece ativa, assegurando a produção contínua de força necessária para manter o objeto numa posição estável. Entre os seus principais benefícios destacam-se a atenuação da dor e da atividade espasmódica, a otimização da perfusão sanguínea, a preservação da ADM, a diminuição da atrofia muscular e a redução tempo de regeneração tecidular (Coelho et al., 2016).

Por outro lado, é relevante contextualizar que existem diversos tipos de exercícios dinâmicos consoante a cadeia cinética. No entanto, para os exercícios previamente selecionados, apenas serão enquadrados os exercícios dinâmicos de cadeia cinética aberta (Coelho et al., 2016).

Uma cadeia cinética pode ser definida como um sistema biomecânico constituído por segmentos corporais rígidos, interligados por articulações móveis, como sucede no MS e MI. Os exercícios de cadeia cinética aberta tendem a ser mais funcionais e a induzir menores forças de cisalhamento sobre as superfícies articulares, motivo pelo qual são frequentemente integrados em fases iniciais dos programas de reabilitação. Quando a pessoa ainda não tolera a carga no membro ou no segmento corporal afetado, a prescrição de exercícios em cadeia cinética aberta revela-se pertinente, uma vez que possibilita a ativação seletiva e o isolamento de determinadas ações musculares (Coelho et al., 2016).

Assim, é importante ressaltar que o treino de força deve ser conceptualizado como um complemento ao treino aeróbico, desempenhando um papel suplementar e não substitutivo na promoção da aptidão física global (Coelho et al., 2016).

O **treino neuromotor** está direcionado para a realização de exercícios vocacionados para o equilíbrio, a agilidade, a coordenação, as competências motoras e controlo funcional com o peso corporal, contribuindo para a manutenção e melhoria das competências motoras, particularmente em pessoas idosas, promovendo a preservação da função física e a redução do risco de limitações funcionais (ACSM, 2022). Dentro deste aspeto é possível enquadrar a interessante temática da propriocepção.

A **propriocepção** corresponde à capacidade do organismo para identificar a posição segmentar e a dinâmica corporal no espaço, independentemente do contributo visual. Este mecanismo assenta na atividade de recetores sensoriais especializados localizados nos

músculos, tendões e estruturas articulares, os quais transmitem informação aferente ao sistema nervoso central relativa à postura e ao movimento das diversas regiões corporais (Santos & Costa, 2025). Tal competência desempenha um papel determinante na eficácia da contração muscular, na força e no tempo de reação motora, desempenhando um papel central na estabilidade articular e na prevenção de lesões (Fiusa et al., 2015).

Igualmente, potencia a manutenção do equilíbrio postural, a coordenação motora e a execução precisa do movimento, possibilitando ajustes automáticos e adaptativos. Estes ajustes são particularmente evidentes em situações que implicam instabilidade ou maior exigência de controlo corporal, como a deambulação em superfícies irregulares ou a prática de atividades físicas que requerem elevada precisão motora (Santos & Costa, 2025).

Num estudo conduzido por Santos e Costa (2025), os resultados da revisão indicam que programas estruturados de exercícios propriocetivos promovem uma melhoria da estabilidade articular, da coordenação motora e da memória motora, realçando ainda que a integração sistemática destes exercícios nos protocolos de reabilitação e de treino regular conduz a respostas motoras mais rápidas e eficazes perante situações de instabilidade, funcionando como medida preventiva essencial e contribuindo para melhor qualidade de vida e desempenho físico.

Dentro do treino neuromotor importa contextualizar os exercícios com bola suíça. A bola terapêutica, frequentemente designada por bola suíça, tem vindo a afirmar-se como um recurso amplamente acessível no âmbito da intervenção EEER. A sua utilização revela-se particularmente pertinente enquanto instrumento facilitador da adesão e motivação da pessoa, constituindo um complemento eficaz em programas direcionados para o desenvolvimento da força muscular, do equilíbrio, da coordenação motora, da consciência corporal, da flexibilidade, do relaxamento e, ainda, do trabalho aeróbio. Entre os seus principais objetivos e benefícios salientam-se: a otimização dos exercícios de RFR; a melhoria do trabalho músculo-articular; o desenvolvimento da coordenação motora e o incremento do tônus e da força muscular ao nível dos MS, MI e tronco; a promoção do treino propriocetivo e da estimulação sensório-tátil; a facilitação da preparação para a aquisição da posição ortostática e para a marcha; bem como a aquisição, treino e melhoria do equilíbrio postural e a promoção do alongamento e relaxamento muscular (Coelho et al., 2016).

Diversos estudos comprovam os benefícios da utilização da bola suíça em exercícios terapêuticos, para melhorar o equilíbrio estático e dinâmico, aumento da coordenação e força, bem como restabelecer a estabilidade postural e a mobilidade dos tecidos moles. A mobilidade destes tecidos constitui um parâmetro fundamental da função motora, integrando múltiplas dimensões estruturais e neuromusculares, nas quais se integram a ADM, o nível de tensão muscular, a integridade e elasticidade dos tecidos moles periarticulares (incluindo a cápsula articular), a presença ou ausência de aderências e o grau de resistência tendinosa, a

coordenação neuromuscular, a propriocepção, bem como os princípios biomecânicos indispensáveis à execução eficiente, segura e funcional do movimento (Coelho et al., 2016).

O **alongamento** é parte integrante da estrutura da sessão de exercício físico e é comumente associado à sua fase final (embora também se possa seguir à etapa do aquecimento). Na sua realização devem-se envolver os principais grupos musculares sobre os quais incidem os exercícios realizados, contribuindo para a manutenção da ADM (ACSM, 2022).

A ADM de uma determinada articulação apresenta um carácter específico e contextual. Consequentemente, a flexibilidade não constitui uma capacidade uniforme, variando em função das exigências individuais, das AVD, da possível modalidade desportiva praticada, bem como de fatores biológicos como a idade e o sexo, sendo que a evidência científica indica que as mulheres tendem a apresentar valores superiores de flexibilidade quando comparadas com os homens (Coelho et al., 2016).

Igualmente, esta fase assume um papel crucial não apenas no fortalecimento da massa muscular, mas também na otimização da função, contribuindo de forma significativa para a redução do risco de lesões e para a manutenção da capacidade funcional global (Coelho et al., 2016).

Por outro prisma, no período inicial e ao longo da execução de todo o treino de força, é imperativo proceder à monitorização contínua dos sinais vitais, da capacidade de tolerância ao esforço, bem como da presença de sinais e sintomas de fadiga muscular (como dor, câibras ou sensação de desconforto muscular; tremor do músculo em contração; movimentos ativos desorganizados e sem harmonia; incapacidade de manter a execução de uma atividade física de intensidade reduzida; recurso a estratégias compensatórias, caracterizadas por padrões motores inadequados para a conclusão do movimento) e potenciais efeitos adversos, incluindo tonturas, náuseas, dor torácica ou dispneia. Na eventualidade de surgirem estas reações adversas, recomenda-se a interrupção imediata da sessão (Kisner & Colby, 2015).

Por todo o acima exposto, torna-se importante diferenciar que o treino de força se baseia na realização de exercícios com elevados níveis de carga e períodos de recuperação prolongados (caracterizando-se predominantemente pela componente anaeróbia), mas, por outro lado, programas de circuito ou de resistência envolvem a execução de exercícios com cargas leves a moderadas, intercalados por breves intervalos de recuperação (privilegiando a componente aeróbia). A inclusão destes tipos de treino nos programas de reabilitação de pessoas submetidas a imobilização prolongada no leito revela-se primordial para atenuar os efeitos nocivos da rápida perda de massa muscular, prevenindo a redução da capacidade funcional nas AVD, da autonomia e, por conseguinte, a deterioração da qualidade de vida (Coelho et al., 2016).

Independentemente da tipologia de treino considerada, a sua implementação deve ser adaptada às características específicas de cada pessoa, contemplando a capacidade funcional, a sintomatologia, as comorbilidades, o perfil de risco clínico, o grau de literacia e compreensão dos exercícios, bem como o nível de motivação. Impõe-se, assim, uma prescrição personalizada, sustentada numa avaliação individual criteriosa (Novo et al., 2021).

4.8. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A abordagem ética da investigação envolve todas as fases desse mesmo processo, evidenciando a preocupação com a integridade dos procedimentos e com a observância dos princípios e valores. Entre os requisitos fundamentais a ter em conta na avaliação ética de um projeto de investigação destacam-se a pertinência do trabalho de investigação, o rigor metodológico, os critérios e procedimentos de seleção da amostra, a ponderação entre potenciais riscos e benefícios, a apreciação por uma entidade ética autónoma e a salvaguarda dos direitos dos participantes, designadamente a prestação de um consentimento livre, informado e esclarecido, bem como a confidencialidade, o anonimato e a proteção dos dados, garantidos ao longo de todo o processo de investigação (Nunes, 2020).

A fim de assegurar o cumprimento dos procedimentos éticos requeridos para o PIP, foi sempre e impreterivelmente mantida a confidencialidade, sigilo e anonimato das pessoas integrantes na implementação do PER e ao longo de todo o seu processo, bem como dos locais de estágio por forma a impedir qualquer identificação das pessoas envolvidas a partir dos dados recolhidos.

Igualmente, foi requerido aos participantes o consentimento livre e esclarecido, nos termos da norma nº 015/2013 da DGS (2015) (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo) (Apêndice M), no qual se encontra apresentada toda a informação necessária para o participante, como uma breve apresentação, o resumo do projeto (incluindo objetivos, em que consiste, os instrumentos de avaliação utilizados, etc.), bem como sobre a possibilidade de suspensão da sua participação em qualquer uma das suas fases sem qualquer repercussão para a própria.

Neste sentido, após submissão prévia, o PIP teve a aprovação do Conselho Técnico-Científico da UÉSESJD, bem como o parecer positivo da Comissão de Ética da Universidade de Évora (Anexo L), da Comissão de Ética de uma das instituições de estágio (Anexo M) e uma autorização para recolha de dados (Anexo N).

4.9. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS

O PIP integrou um total de 8 participantes incluídos no PER, com o propósito de avaliar os benefícios do programa na melhoria/manutenção da funcionalidade do MS do adulto.

Primeiramente, efetuou-se uma análise e sistematização dos dados recolhidos junto dos participantes incluídos no PIP, procedendo-se a uma caracterização sucinta das suas variáveis sociodemográficas e do respetivo contexto familiar. Analisou-se igualmente o quadro clínico atual, bem como o grau de dependência prévio ao internamento, as alterações ou compromisso na realização das AVD e, ainda, qualquer informação considerada pertinente. Subsequentemente, expõem-se os resultados obtidos através da aplicação dos instrumentos de avaliação previamente selecionados.

Caraterização sociodemográfica dos participantes

Dentro da caraterização dos participantes, é importante realizar uma caraterização sociodemográfica. O projeto conta com uma totalidade de 8 participantes, sendo 4 do sexo feminino e 4 do sexo masculino (correspondendo a 50% cada), com idades compreendidas entre 47 e 90 anos de idade, incluindo 5 adultos idosos (correspondendo a 62,5%). Segue-se uma tabela exemplificativa das caraterísticas sociodemográficas dos participantes.

Tabela 11: Caraterização sociodemográfica dos participantes

Participantes	1	2	3	4	5	6	7	8
Sexo	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Masculino	Masculino	Feminino	Feminino
Idade	83	90	74	63	70	47	76	63
Atividade profissional	Reformada	Reformado	Reformada	Reformado por incapacidade	Reformado	Funcionário público	Reformada	Empresária
Estado civil	Casada	Casado	Viúva	Casado	Divorciado	Solteiro	Viúva	Casada
Coabitação	Esposo	Esposa	Só	Esposa	Filha	Só	Apoio de amiga	Filha
Agregado familiar	3 filhos não coabitantes	2 filhos não coabitantes	2 filhos não coabitantes	2 filhos não coabitantes	2 filhos (1 coabitante)	1 filho não coabitante	3 filhos residentes no estrangeiro	2 filhos (1 coabitante)
Nível de escolaridade	4º ano	4º ano	4º ano	9º ano	Licenciatura	Licenciatura	12º ano	Licenciatura

Fonte: Autoria própria

Como referido anteriormente, os participantes estão equitativamente distribuídos com 50% em ambos os sexos e apresentam idades compreendidas entre 47 e 90 anos de idade, incluindo 5 adultos idosos (correspondendo a 62,5%) e com uma faixa etária média de aproximadamente 71 anos de idade.

Quanto à atividade profissional, 75% estão reformados, um deles por incapacidade, enquanto que 25% ainda exercem a sua atividade profissional. Quanto ao estado civil, poder-se-á referir que 50% são casados, 25% são viúvos, 12,5% solteiro e, com a mesma percentagem, divorciado. Na coabitação, 37,5% vivem com o cônjuge, 25% vivem sós ou com uma filha e 12,5% com o apoio de uma amiga. Enquadrando o agregado familiar, 75% dos participantes têm filhos não coabitantes (no caso de um dos participantes, reside no estrangeiro) e os restantes 25% residem com um dos filhos. Relativamente ao nível de

escolaridade, 37,5% apresentam um nível baixo com apenas o 4º ano de escolaridade, 25% entre o 9º e 12º anos de escolaridade e 37,5% eram licenciados.

Caraterização dos participantes

Todos os participantes são de nacionalidade portuguesa e naturais de várias regiões nacionais, mais especificamente entre a zona centro e sul do país, com exceção da participante 7 que é natural da Holanda, mas que reside em Portugal há cerca de 15 anos, com domínio relativo da língua portuguesa, não tendo sido um fator condicionante na realização do PER. Igualmente, é possível realizar uma caraterização dos participantes analisando o quadro clínico atual (como os diagnósticos principais do internamento e antecedentes pessoais), bem como o grau de dependência prévio ao internamento, as alterações ou compromisso na realização das AVD e, ainda, qualquer informação adicional considerada pertinente para um enquadramento dos contextos.

Participante 1: Pessoa do sexo feminino, com 83 anos, atualmente reformada (era trabalhadora rural), casada, vive com o esposo, tem 3 filhos não coabitantes que moram longe da sua residência e apresenta o 4º ano de escolaridade. Tem como principal diagnóstico # subcapital do fémur direito, resultante de queda da própria altura no domicílio, sendo submetida a APA direita. Como antecedentes pessoais destacam-se *diabetes mellitus* tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemia e # do úmero proximal direito há cerca de 5 anos, a qual, devido ao correto alinhamento da #, optou-se por tratamento conservador. Previamente ao internamento era autónoma na realização das AVD, com alguma dificuldade na flexão e abdução do braço na articulação do ombro.

Participante 2: Pessoa do sexo masculino, com 90 anos, atualmente reformado (era trabalhador rural), casado, vive com a esposa, tem 2 filhos não coabitantes, mas que moram perto da sua residência, e apresenta o 4º ano de escolaridade. Tem como principal diagnóstico # acetabular à esquerda, resultante de queda da própria altura no quintal, sem indicação cirúrgica. Como antecedentes pessoais destacam-se *diabetes mellitus* tipo 2, hipertensão arterial e patologia da tiroide. Previamente ao internamento era autónomo na realização das AVD. Durante o período de internamento optou-se por tratamento conservador, o que implicou ficar confinado ao leito durante algumas semanas com tração cutânea com 2 kg e, após decisão da equipa médica, iniciar levantar para cadeirão, sendo que o início do PER coincidiu com o início dos primeiros levantes.

Participante 3: Pessoa do sexo feminino, com 74 anos, atualmente reformada (era trabalhadora rural), viúva, vive só, tem 2 filhos não coabitantes que moram longe da sua residência e apresenta o 4º ano de escolaridade. Tem como principal diagnóstico artrite séptica do joelho esquerdo, sendo submetida a sinovectomia e lavagem articular. Como

antecedentes pessoais destacam-se artrite reumatoide, *diabetes mellitus* tipo 2 sob tratamento com insulina (com neuropatia e doença renal diabética), síndrome do túnel cárpico (submetida a cirurgia em 2007), síndrome depressivo, síndrome vertiginoso e insuficiência venosa profunda. Previamente ao internamento era autónoma na realização das AVD. Tal como o participante 2, durante o período de internamento houve indicação médica para não realizar levantar durante algumas semanas, o que implicou ficar confinada ao leito, sendo que, quando foi possível iniciar levantar para cadeirão, esta participante mantinha queixas álgicas severas que já apresentava à mobilização no leito, comprometendo a sua colaboração para estas AVD. Na generalidade, esta pessoa tinha pouca motivação para a participação no autocuidado e no seu processo de reabilitação.

Participante 4: Pessoa do sexo masculino, com 63 anos, atualmente reformado por incapacidade (trabalhava na restauração), casado, vive com a esposa, tem 2 filhos não coabitantes que moram longe da sua residência e apresenta o 9º ano de escolaridade. Tem como principal diagnóstico AVC isquémico do hemisfério direito, com quadro neuromotor de hemiparesia esquerda, sendo submetido a trombólise. Como antecedentes pessoais destacam-se hipertensão arterial, ex-fumador, hábitos etanólicos moderados (com abstinência desde julho de 2022), insuficiência cardíaca com fração de ejeção a 48%. Previamente ao internamento necessitava de ajuda parcial na realização das AVD. Durante o internamento mantinha a necessidade de ajuda parcial nas AVD, apresentava hemiparesia do hemicorpo esquerdo, necessitava de ajuda para preparar e fracionar os alimentos, mantinha controlo dos esfíncteres e deslocava-se em CR.

Participante 5: Pessoa do sexo masculino, com 70 anos, atualmente reformado (era mergulhador), divorciado, vive com uma filha, tem 2 filhos, um dos quais não coabitante que mora longe da sua residência, e é licenciado. Tem como principal diagnóstico AVC isquémico do hemisfério esquerdo, com quadro neuromotor de hemiparesia direita. Como antecedentes pessoais destacam-se hiperplasia benigna da próstata, etilismo crónico e cirurgia a ambos os ombros (prótese total do ombro invertida direita e osteossíntese com placa e parafusos no úmero esquerdo). Previamente ao internamento necessitava de ajuda parcial na alimentação, eliminação (embora apresentasse controlo dos esfíncteres) e vestir-se, bem como ajuda total nas restantes AVD, que manteve no internamento.

Participante 6: Pessoa do sexo masculino, com 47 anos, funcionário público (trabalha na área de conservação de fotografia no arquivo fotográfico), solteiro, vive só, tem 1 filho não coabitante que mora longe da sua residência e é licenciado. Tem como principal diagnóstico adenopatias pulmonares em estudo. Como antecedentes pessoais destacam-se hipertensão arterial, bronquite asmática, trombose venosa profunda no MI esquerdo, infeção por vírus da imunodeficiência humana, litíase renal bilateral, vírus do papiloma humano anal, hábitos

tabágicos (haxixe), glaucoma, hiper-homocisteinemia e # recente da extremidade distal do rádio direito, sendo submetido a redução e osteossíntese com parafusos. Previamente ao internamento necessitava de ajuda parcial para fracionar alguns alimentos, sendo autónomo na realização das restantes AVD, com condicionamentos em algumas AIVD.

Participante 7: Pessoa do sexo feminino, com 76 anos, natural da Holanda, atualmente reformada (era bailarina), viúva recente, vivia com o marido, mas, após o seu falecimento (durante o internamento da participante), tem o apoio de uma amiga, tem 3 filhos não coabitantes que moram na Holanda e apresenta o 12º ano de escolaridade. Tem como principal diagnóstico choque misto (hipovolémico-séptico). Como antecedentes pessoais destacam-se artrite reumatoide seropositiva, *diabetes mellitus* tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemia, melanoma (há cerca de 20 anos), # de D12 e L1 em 2019, # de D9 a D11 em 2023, ATA direita em 2020, com luxação em 2024 (realizada redução) e enfisema pulmonar desde 2024. Previamente ao internamento era autónoma na realização das AVD. Esta participante teve um internamento bastante extenso, de vários meses, devido à condição clínica e diversas complicações, com situações clínicas complexas que foram surgindo no decorrer do internamento. Precisamente no internamento, inicialmente necessitava de ajuda total nas AVD, mas no início do PER, necessitava de ajuda parcial na realização das AVD (com exceção da deambulação que era incapaz de realizar), mas com pouca colaboração.

Participante 8: Pessoa do sexo feminino, com 63 anos, empresária, casada, mora com a filha, tem 2 filhos, um dos quais não coabitante, e é licenciada. Esta participante apresentava uma situação familiar e social complexa. Embora fosse casada, era vítima de violência doméstica, não podendo receber visitas do marido. Foi transferida de outros serviços de internamento devido a incompatibilidades com as equipas, o que não se verificou neste internamento. Tem como principais diagnósticos ureterohidronefrose esquerda, *clostridium difficile*, status pós-operatório por # intertrocanterica do fémur esquerdo (sendo submetida a redução e osteossíntese com cavilha) e # do 5.º dedo da mão esquerda (com aplicação de tala gessada braquipalmar ulnar com imobilização envolvente do 5.º dedo para tratamento conservador), decorrentes de queda durante o internamento por quadro de desorientação e agitação psicomotora. Como antecedentes pessoais destacam-se esclerose múltipla, psoríase e litíase renal. Previamente ao internamento era autónoma na realização das AVD. Após a queda no internamento, esta participante esteve confinada ao leito com tração cutânea com 3 kg, a aguardar indicação cirúrgica devido à complexa condição clínica e às variadas complicações que foram surgindo ao longo do internamento. Inicialmente necessitava de ajuda total nas AVD, mas no início do PER, necessitava de ajuda parcial na realização das AVD, com exceção da deambulação, que era incapaz de realizar, e das transferências, em que necessitava de ajuda total. No dia anterior ao início da implementação do PER, esta

participante cumpriu o tempo do tratamento conservador da # do 5.º dedo da mão esquerda, retirando a tala gessada. Na generalidade, esta pessoa inicialmente tinha pouca motivação para a participação no autocuidado e no seu processo de reabilitação.

No decorrer do PER, houve o cuidado de atender à situação clínica de cada pessoa, à sua estabilidade hemodinâmica, bem como às limitações de cada participante consoante os seus antecedentes pessoais, respeitando a sua tolerância à dor e ao esforço e adaptando os exercícios a cada condição clínica.

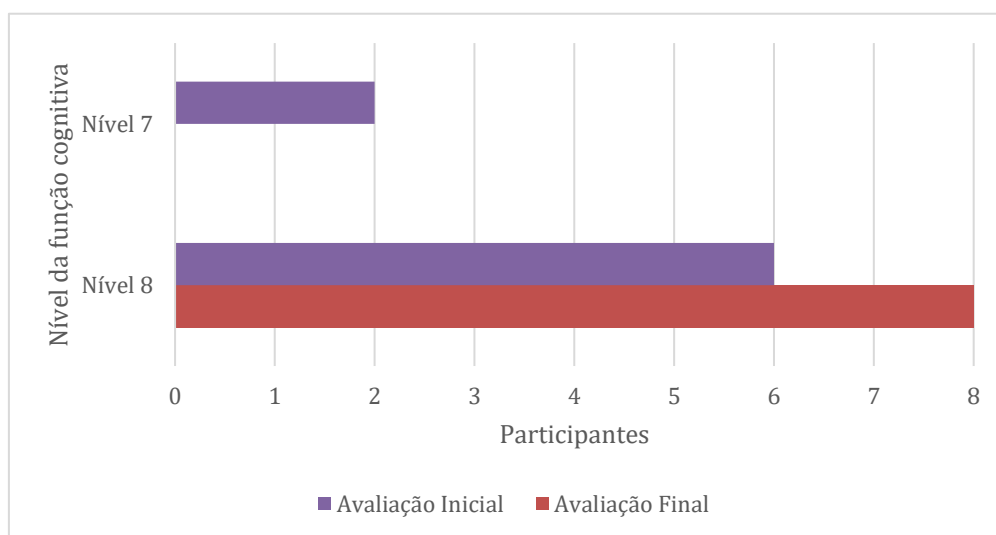
4.9.1. Resultados da Aplicação dos Instrumentos de Avaliação

Por forma a proceder a uma organização mais esquemática dos resultados objetivos, seguem-se os dados recolhidos através da aplicação dos instrumentos de avaliação selecionados, mais especificamente referentes à avaliação inicial e final.

- **Avaliação cognitiva**

A avaliação cognitiva foi realizada com recurso à LCFS primeiramente num momento de avaliação inicial e, de seguida, na avaliação final. Foi bastante relevante para assegurar uma adesão eficaz e segura ao PER por parte dos participantes.

Gráfico 3: Avaliação cognitiva



Fonte: Autoria própria

Procedendo à análise do gráfico acima exposto, pode afirmar-se que, na avaliação inicial, 75% dos participantes apresentavam resultado correspondente ao nível 8 da LCFS (intencional-apropriado), isto é, o nível máximo, sem alterações da função cognitiva, e os restantes 25% apresentavam resultado correspondente ao nível 7 (automático-apropriado), caracterizado por necessidade de assistência mínima na orientação temporal, situação possivelmente associada, em ambos os casos, ao contexto pós-operatório. Estas alterações

reverteram na avaliação final, correspondendo a 100% dos participantes com nível 8 (intencional-apropriado).

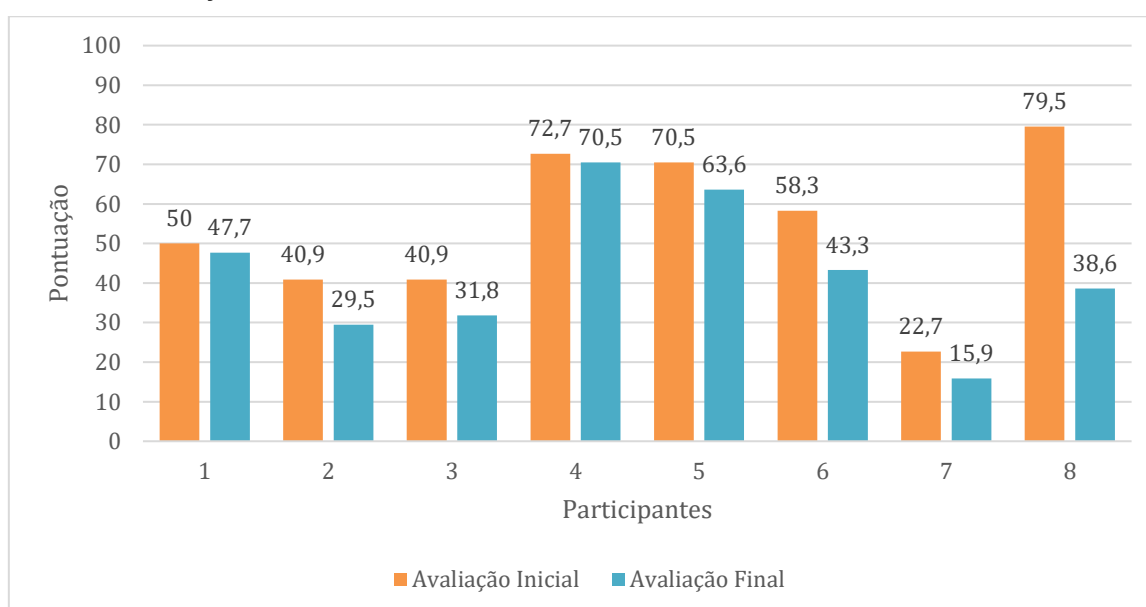
- **QuickDASH**

A avaliação da funcionalidade do MS consoante o *QuickDASH* foi bastante pertinente, principalmente, por ser a base da temática, pelo que foi fundamental a sua aplicação.

Como já mencionado anteriormente, este instrumento apresenta dois módulos opcionais: um relativo ao trabalho e outro relativo a desporto/música. É de ressaltar que apenas o participante 6 respondeu ao módulo opcional relativo ao trabalho e todos os restantes não responderam a nenhum dos módulos opcionais. Embora a participante 8 ainda manifestar atividade profissional (ao invés dos restantes participantes que já se encontravam reformados), não respondeu a este módulo por não se encontrar a exercer a sua profissão de empresária desde há uns meses, devido à sua situação familiar e social.

Segue-se um gráfico que exemplifica a evolução dos participantes na funcionalidade do MS consoante o *QuickDASH* que compreende valores entre 0 e 100 pontos.

Gráfico 4: Avaliação da funcionalidade do MS consoante *QuickDASH*



Fonte: Autoria própria

Analisando o gráfico, todos os participantes manifestaram uma evolução positiva nos resultados da aplicação do *QuickDASH*, com uma diferença entre os valores iniciais e finais compreendidas entre 2,2 e 40,9 pontos.

É de ressaltar que à participante 8 foi-lhe retirada a tala gessada do MS esquerdo no dia anterior ao início da implementação do PER, por ter cumprido com o tempo prescrito para o tratamento conservador da # do 5.º dedo da mão esquerda. A discrepância entre os valores da avaliação inicial e final (com o valor de diferença maior entre os participantes de 40,9 pontos) justificam-se pelo facto das questões do *QuickDASH* serem relativas às atividades e

sintomas presentes na última semana, neste caso quando a participante ainda tinha aplicada a tala gessada no MS afetado, condicionando as respostas na avaliação inicial.

É possível assumir como média inicial aproximadamente 54,4 pontos e como média final um valor aproximado de 42,6 pontos, o que comprova uma melhoria na funcionalidade do MS de todos os participantes.

- **Avaliação da Amplitude Articular**

A avaliação da amplitude articular mediante goniometria nas articulações do ombro, cotovelo e punho foi realizada considerando o movimento ativo da pessoa. Seguem-se as tabelas relativas à avaliação da amplitude articular de cada participante na realização dos movimentos previamente selecionados no PIP.

Tabela 12: Avaliação da amplitude articular da participante 1

Articulação	Movimento	Avaliação Inicial		Avaliação Final	
		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
Ombro	Flexão	100°	110°	104°	110°
	Extensão	40°	48°	40°	48°
	Abdução	100°	112°	108°	116°
	Adução	8°	10°	8°	12°
	Rotação lateral	22°	48°	22°	48°
	Rotação medial	60°	64°	62°	64°
Cotovelo	Flexão	120°	142°	124°	144°
	Extensão	0°	0°	0°	0°
Punho	Flexão	40°	56°	44°	58°
	Extensão	34°	30°	36°	32°
	Desvio radial/abdução	14°	8°	14°	8°
	Desvio ulnar/adução	20°	12°	20°	12°

Fonte: Autoria própria

Tabela 13: Avaliação da amplitude articular do participante 2

Articulação	Movimento	Avaliação Inicial		Avaliação Final	
		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
Ombro	Flexão	114°	118°	118°	124°
	Extensão	38°	32°	38°	32°
	Abdução	104°	106°	106°	110°
	Adução	10°	12°	12°	12°
	Rotação lateral	28°	16°	30°	18°
	Rotação medial	56°	54°	56°	54°

Cotovelo	Flexão	130°	134°	138°	140°
	Extensão	0°	0°	0°	0°
Punho	Flexão	44°	48°	48°	50°
	Extensão	32°	32°	34°	32°
	Desvio radial/abdução	10°	14°	12°	14°
	Desvio ulnar/adução	16°	20°	18°	20°

Fonte: Autoria própria

Tabela 14: Avaliação da amplitude articular da participante 3

Articulação	Movimento	Avaliação Inicial		Avaliação Final	
		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
Ombro	Flexão	120°	122°	120°	124°
	Extensão	42°	42°	42°	42°
	Abdução	122°	122°	122°	124°
	Adução	16°	18°	16°	18°
	Rotação lateral	62°	60°	66°	62°
	Rotação medial	28°	22°	28°	22°
Cotovelo	Flexão	142°	140°	142°	140°
	Extensão	0°	0°	0°	0°
Punho	Flexão	44°	48°	46°	50°
	Extensão	38°	36°	38°	36°
	Desvio radial/abdução	8°	10°	8°	10°
	Desvio ulnar/adução	18°	22°	20°	22°

Fonte: Autoria própria

Tabela 15: Avaliação da amplitude articular do participante 4

Articulação	Movimento	Avaliação Inicial		Avaliação Final	
		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
Ombro	Flexão	132°	78°	138°	100°
	Extensão	30°	20°	38°	28°
	Abdução	104°	88°	114°	104°
	Adução	24°	10°	24°	16°
	Rotação lateral	64°	22°	72°	50°
	Rotação medial	46°	28°	54°	44°
Cotovelo	Flexão	112°	138°	118°	138°
	Extensão	0°	18°	0°	10°
Punho	Flexão	68°	76°	72°	76°
	Extensão	36°	10°	36°	22°

	Desvio radial/abdução	14°	8°	14°	12°
	Desvio ulnar/adução	18°	12°	20°	16°

Fonte: Autoria própria

Tabela 16: Avaliação da amplitude articular do participante 5

Articulação	Movimento	Avaliação Inicial		Avaliação Final	
		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
Ombro	Flexão	78°	138°	99°	142°
	Extensão	20°	36°	22°	36°
	Abdução	80°	110°	100°	116°
	Adução	14°	24°	18°	24°
	Rotação lateral	34°	60°	54°	62°
	Rotação medial	32°	50°	50°	54°
Cotovelo	Flexão	140°	134°	140°	134°
	Extensão	0°	0°	0°	0°
Punho	Flexão	50°	64°	50°	68°
	Extensão	18°	44°	20°	44°
	Desvio radial/abdução	0°	12°	2°	14°
	Desvio ulnar/adução	20°	14°	20°	14°

Fonte: Autoria própria

Tabela 17: Avaliação da amplitude articular do participante 6

Articulação	Movimento	Avaliação Inicial		Avaliação Final	
		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
Ombro	Flexão	162°	158°	162°	160°
	Extensão	48°	46°	50°	50°
	Abdução	140°	130°	142°	130°
	Adução	26°	26°	26°	28°
	Rotação lateral	62°	78°	64°	80°
	Rotação medial	60°	62°	64°	62°
Cotovelo	Flexão	140°	140°	142°	140°
	Extensão	0°	0°	0°	0°
Punho	Flexão	20°	74°	24°	80°
	Extensão	16°	58°	20°	64°
	Desvio radial/abdução	6°	15°	10°	15°
	Desvio ulnar/adução	8°	24°	14°	26°

Fonte: Autoria própria

Tabela 18: Avaliação da amplitude articular da participante 7

Articulação	Movimento	Avaliação Inicial		Avaliação Final	
		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
Ombro	Flexão	122°	120°	130°	128°
	Extensão	48°	48°	48°	50°
	Abdução	110°	102°	118°	108°
	Adução	16°	18°	18°	20°
	Rotação lateral	78°	76°	80°	78°
	Rotação medial	32°	40°	36°	42°
Cotovelo	Flexão	130°	128°	138°	138°
	Extensão	0°	0°	0°	0°
Punho	Flexão	52°	60°	52°	62°
	Extensão	46°	46°	48°	50°
	Desvio radial/abdução	12°	10°	14°	14°
	Desvio ulnar/adução	18°	14°	20°	14°

Fonte: Autoria própria

Tabela 19: Avaliação da amplitude articular da participante 8

Articulação	Movimento	Avaliação Inicial		Avaliação Final	
		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
Ombro	Flexão	104°	104°	114°	120°
	Extensão	42°	40°	44°	42°
	Abdução	92°	90°	102°	102°
	Adução	16°	14°	16°	16°
	Rotação lateral	40°	46°	42°	48°
	Rotação medial	42°	42°	42°	44°
Cotovelo	Flexão	142°	124°	144°	140°
	Extensão	8°	18°	6°	8°
Punho	Flexão	48°	30°	56°	52°
	Extensão	34°	20°	38°	30°
	Desvio radial/abdução	12°	6°	14°	14°
	Desvio ulnar/adução	14°	6°	16°	12°

Fonte: Autoria própria

Perante as tabelas é possível observar uma evolução positiva na amplitude articular do MS nos movimentos escolhidos, considerando também que não só o aumento da amplitude articular, mas também a sua manutenção consiste em si mesma um ganho.

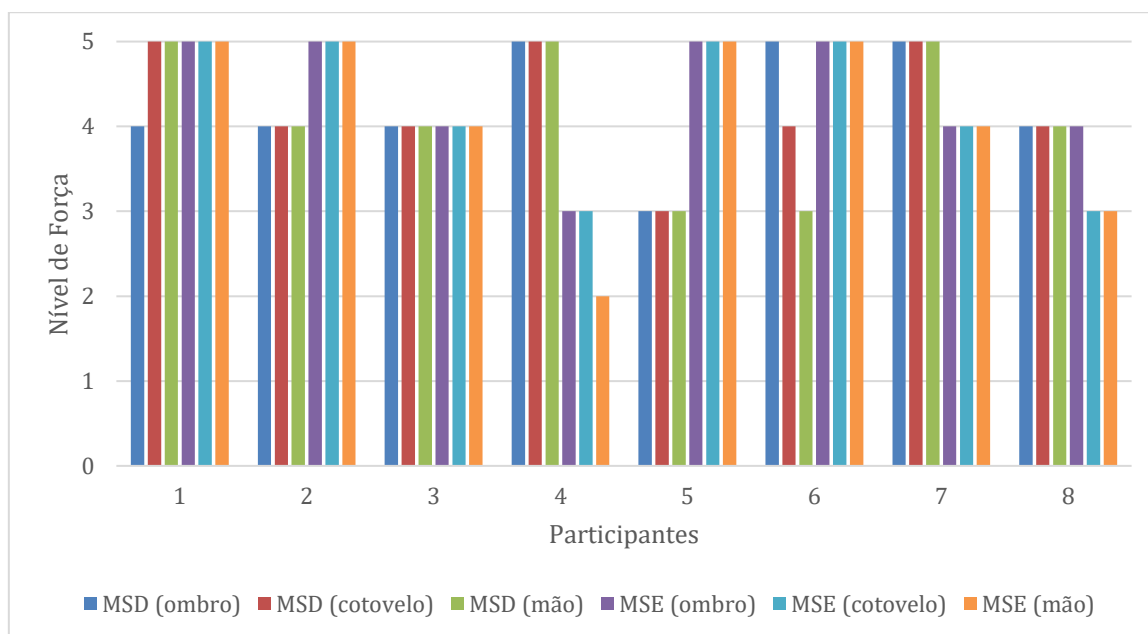
É de ressaltar que nos participantes 4 e 5 manifestou-se uma maior evolução devido a um maior período de tempo entre as avaliações, mas também pelo facto de estarem sob os cuidados de reabilitação de outros membros da equipa multidisciplinar, o que fez com que os ganhos não sejam exclusivamente do PER, mas sim de todo o programa de reabilitação.

Igualmente, é relevante mencionar que, através da observação clínica e prática, a melhoria nos valores da amplitude articular pode ser influenciada por vários fatores, entre os quais a redução de inibição devido à dor, a melhoria do controlo neuromuscular ou, ainda, uma maior confiança no movimento. Nestes aspetos podem-se enquadrar os participantes 4, 5, 6 e 8.

• Avaliação da Força Muscular

A avaliação da força muscular foi efetuada mediante a MRC que inclui a avaliação de ambos os MS e MI. Contudo, o PIP é vocacionado para a funcionalidade do MS e, por esse motivo, embora tenha sido avaliada a força muscular dos MI, apenas serão expostos os resultados relativos aos segmentos do MS, neste caso, ombro, cotovelo e mão. Os resultados obtidos são expostos através dos seguintes gráficos.

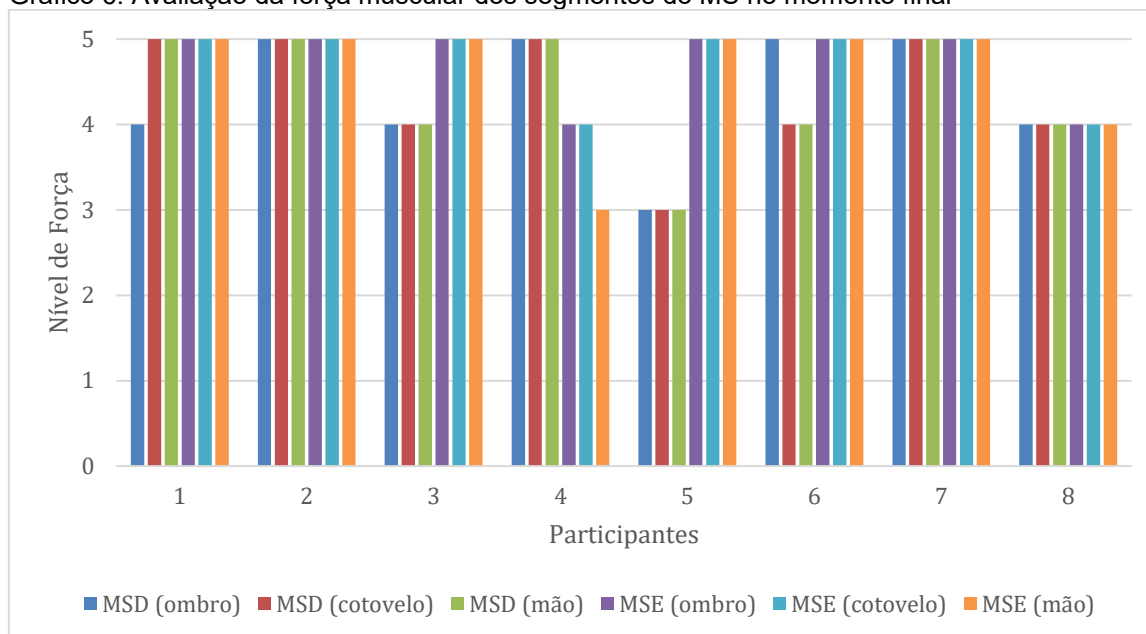
Gráfico 5: Avaliação da força muscular dos segmentos do MS no momento inicial



Fonte: Autoria própria

Legenda – MSD: membro superior direito; MSE: membro superior esquerdo.

Gráfico 6: Avaliação da força muscular dos segmentos do MS no momento final



Fonte: Autoria própria

Legenda – MSD: membro superior direito; MSE: membro superior esquerdo.

Perante os gráficos acima expostos, é possível aferir que, após a implementação do PER, houve uma tendência global de manutenção ou ligeira melhoria dos níveis de força muscular nos diferentes segmentos avaliados (ombro, cotovelo e mão), tanto para MS direito como para MS esquerdo.

Inicialmente, no segmento do ombro, verificou-se que no MS direito 25% dos participantes apresentavam nível 5, bem como 50% no MS esquerdo, enquanto os restantes se distribuíam maioritariamente pelo nível 4, existindo ainda casos pontuais no nível 3. Já no segmento do cotovelo, observou-se que no MS direito 37,5% dos participantes apresentavam nível 5, assim como no MS esquerdo 50%, verificando-se distribuição pelos níveis 3 e 4 nos restantes participantes. A mão apresenta uma distribuição mais heterogénea. No MS direito, 37,5% dos participantes apresentavam nível 5, 37,5% nível 4 e 25% nível 3. No MS esquerdo, 50% encontravam-se no nível 5, enquanto os restantes se distribuíam pelos níveis 4 (25%), 3 (12,5%) e 2 (12,5%), sugerindo maior variabilidade nos segmentos distais, devido às condições clínicas dos participantes.

Na avaliação final, verifica-se um aumento da proporção de participantes no nível 5 no segmento do ombro, passando para 50% no MS direito e 75% no MS esquerdo. No cotovelo, o nível 5 é alcançado por 50% no MS direito, verificando-se um aumento para 75% no MS esquerdo. Relativamente à mão, observa-se um aumento do nível 5 no MS direito, passando de 37,5% para 50%, e no MS esquerdo de 50% para 75% dos participantes, verificando-se igualmente uma redução dos níveis mais baixos (2 e 3), com transição maioritária para o nível 4.

É então possível aferir que os participantes 2 e 7 alcançaram o nível máximo de 5 em todos os segmentos de ambos os MS. Já os participantes 1 e 5 mantiveram os mesmos níveis em todos os segmentos dos MS. Os participantes 3, 4, 6 e 8 conseguiram subir de nível em pelo um dos segmentos do MS.

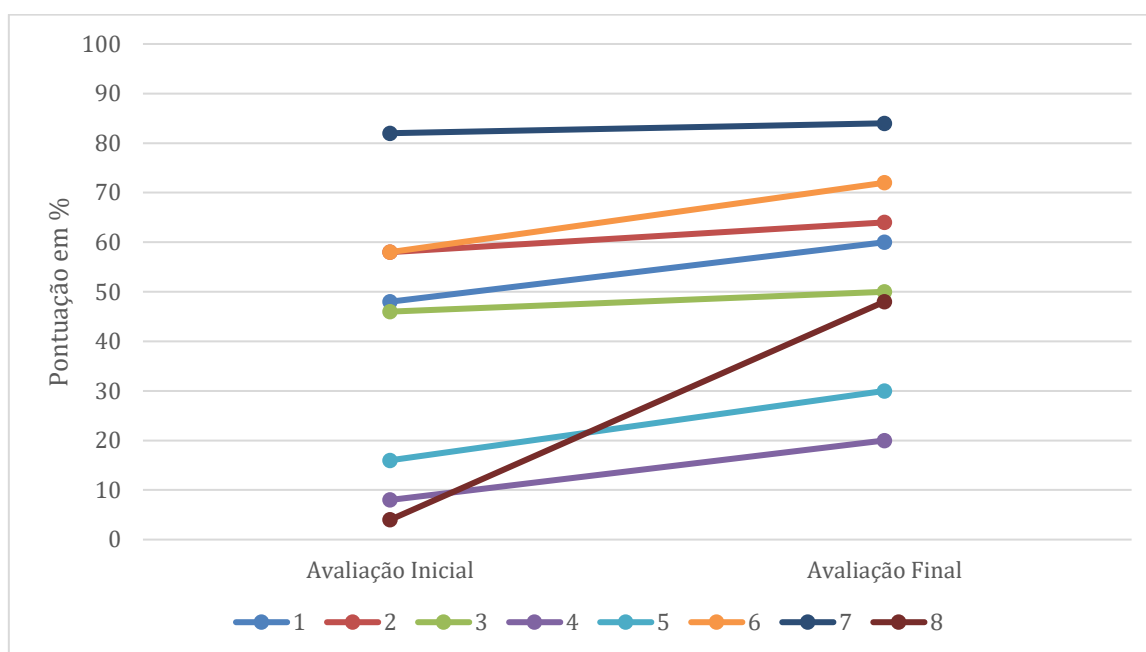
Na generalidade, todos os segmentos que verificaram um aumento do nível de força muscular, mostrou-se ser um incremento de 1 nível na MRC, como se pode comprovar nos gráficos.

• ULFI

Embora já existisse um instrumento de avaliação vocacionado para a avaliação da funcionalidade do MS, a utilização de outro instrumento acaba por dar sustento à temática, oferecendo uma base maior para a avaliação da funcionalidade do MS.

Segue-se então o gráfico referente à evolução dos participantes mediante a aplicação da ULFI.

Gráfico 7: Avaliação da funcionalidade do MS consoante ULFI



Fonte: Autoria própria

Através de uma análise do gráfico, pode-se comprovar que todos os participantes manifestaram uma evolução positiva nos resultados consoante a ULFI, com uma diferença entre as percentagens iniciais e finais compreendidas entre 2% e 44%.

Novamente, a participante 8 comprovou o maior aumento na melhoria da funcionalidade do MS, pelos aspetos já referidos anteriormente no instrumento de avaliação *QuickDASH*, já que, à semelhança do primeiro instrumento, as questões da ULFI são relativas aos últimos dias, o que condiciona as respostas no momento de avaliação inicial.

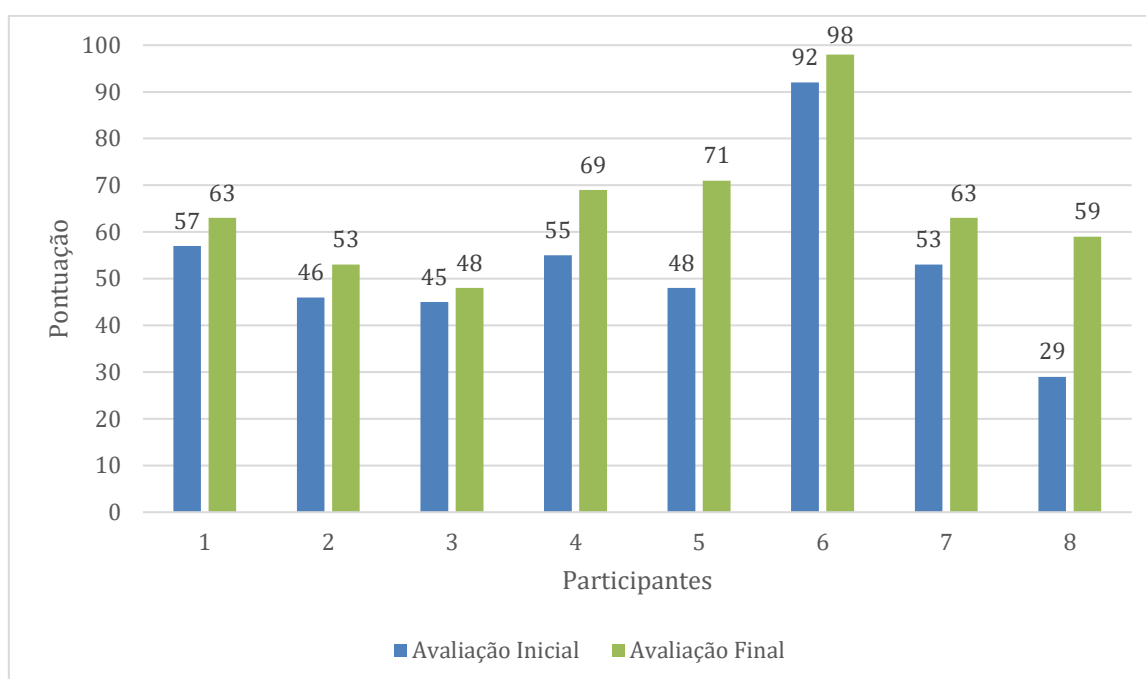
Assim, pode-se verificar uma média inicial de 40% e uma média final de aproximadamente 53,5%, o que se coaduna com a já mencionada melhoria na funcionalidade do MS de todos os participantes.

- **Escala Modificada de *Barthel***

Para a avaliação do grau de dependência nas AVD foi utilizada a escala modificada de *Barthel*, que inclui uma interpretação de resultados que difere dependência total (de 0 a 25 pontos), dependência severa (de 26 a 50 pontos), dependência (de 51 a 75 pontos), dependência leve (de 76 a 99 pontos) e totalmente independente (100 pontos).

No gráfico que se segue expõe-se a evolução do grau de dependência nas AVD mediante este instrumento.

Gráfico 8: Avaliação do grau de dependência nas AVD



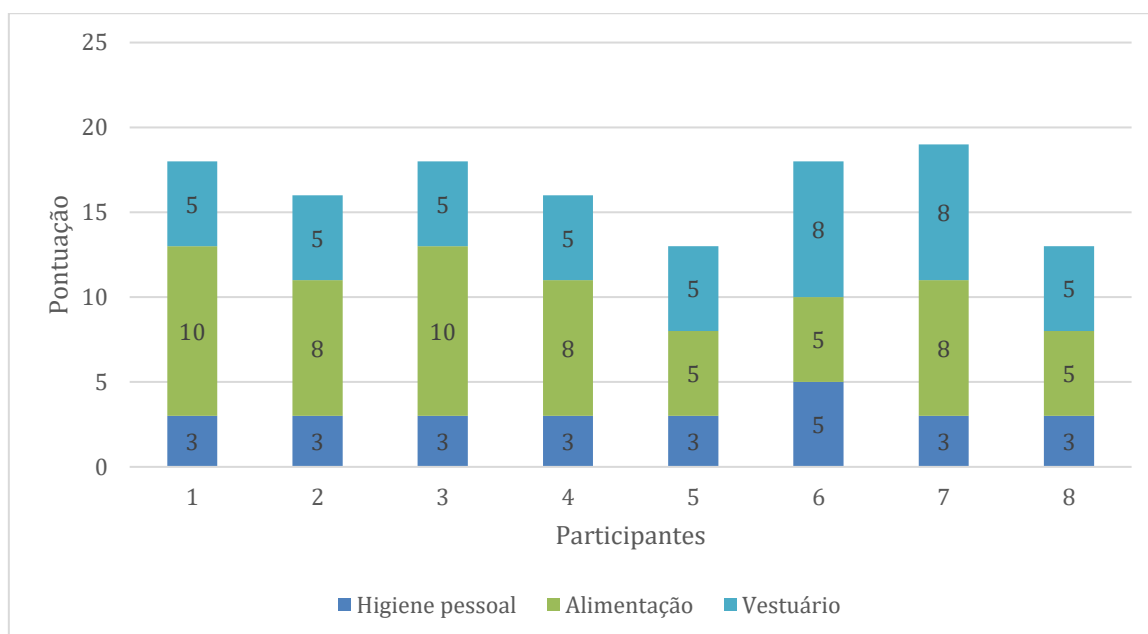
Fonte: Autoria própria

Os dados sugerem uma evolução global positiva, com redução do grau de dependência na maioria dos participantes, destacando-se melhorias clinicamente relevantes em três casos que mudaram de categoria de dependência. Neste caso, os participantes 2, 5 e 8 encontravam-se enquadrados numa “dependência severa” e mudaram para apenas “dependência”. Nenhum dos participantes se encontrava nos extremos das categorias, isto é, “dependência total” ou “totalmente independente”, embora o participante 6 tenha atingido uma pontuação próxima a 100 pontos, mas mantendo-se em “dependência leve”.

De um modo geral, a categoria mais prevalente no momento de avaliação inicial foi “dependência severa” e na avaliação final “dependência”, contando com uma média inicial de 53,13 pontos e final de 65,5 pontos, demonstrando uma evolução positiva na avaliação do grau de dependência nas AVD.

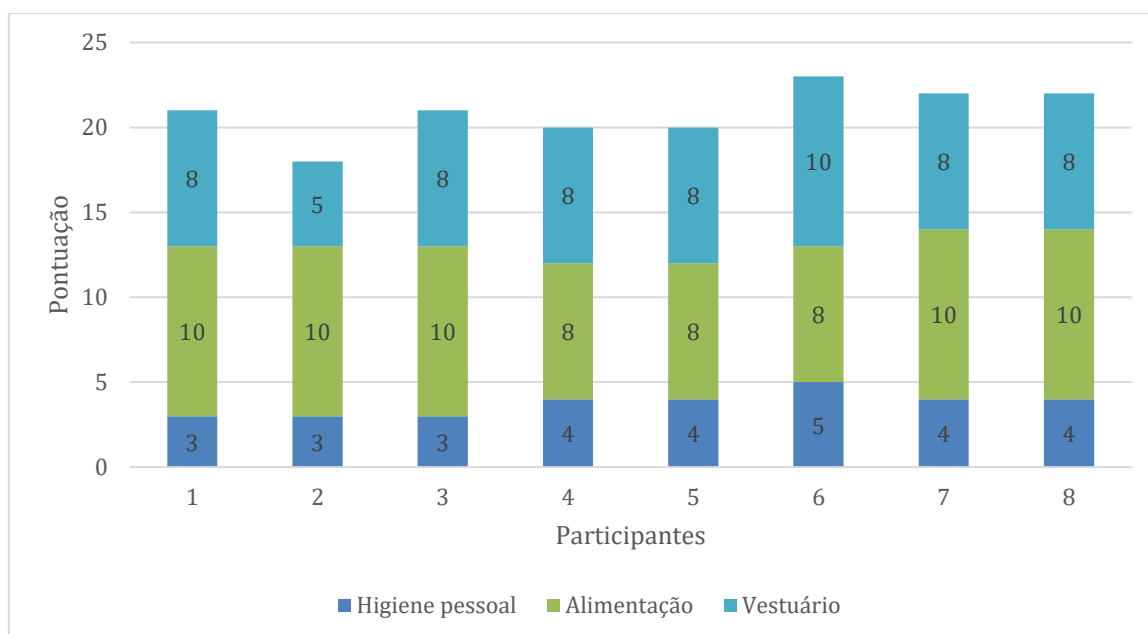
Por outro lado, é benéfico aprofundar alguns tópicos de avaliação, nomeadamente relativos à higiene pessoal, alimentação e vestuário, uma vez que são AVD que dependem diretamente da funcionalidade do MS, embora a realização de todas as AVD beneficie e esteja relacionada com a promoção da funcionalidade do MS.

Gráfico 9: Avaliação inicial do grau de dependência na higiene pessoal, alimentação e vestuário



Fonte: Autoria própria

Gráfico 10: Avaliação final do grau de dependência na higiene pessoal, alimentação e vestuário



Fonte: Autoria própria

Primeiramente é necessário mencionar que na higiene pessoal a pontuação de 3 corresponde a “requer ajuda moderada”, 4 a “requer ajuda mínima” e 5 “totalmente

independente”. Já na alimentação e vestuário a pontuação é igual entre si, sendo que 5 corresponde a “requer ajuda moderada”, 8 a “requer ajuda mínima” e 10 “totalmente independente”.

Com exceção do participante 6, os restantes inicialmente necessitavam de ajuda moderada na higiene pessoal, evoluindo para ajuda mínima em 50% dos participantes. Na alimentação 37,5% necessitavam de ajuda moderada e 37,5% de ajuda mínima, ocorrendo uma evolução para 37,5% com necessidade de ajuda mínima e 62,5% totalmente independentes nesta AVD. Já no vestuário, 75% necessitava de ajuda moderada na avaliação inicial e 25% de ajuda mínima, evoluindo para 75% a necessitar de ajuda mínima, 12,5% de ajuda moderada e 12,5% totalmente independente.

Assim, estes gráficos demonstram que houve uma evolução positiva em todos os participantes em pelo menos uma destas AVD, com especial ênfase nos participantes 5 e 8 que obtiveram uma pontuação superior em todas as AVD. A AVD com maior evolução entre os participantes foi o vestuário, seguido da alimentação e, por fim, a higiene pessoal. Considerando a soma destas três AVD, a média inicial é de 16,4 pontos e a média final é de 20,9 pontos, o que demonstra um impacto positivo no grau de dependência dos participantes.

Em suma, perante os resultados obtidos é possível aferir que a implementação do PER manifestou uma evolução positiva em todos os participantes no grau de dependência nas AVD, na força muscular, amplitude articular e funcionalidade do MS do adulto.

4.10. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS

No presente capítulo procede-se à análise dos resultados obtidos decorrentes da implementação do PER orientado para a promoção da funcionalidade do MS do adulto, neste caso, em contexto de internamento, estabelecendo uma correlação entre os resultados e a evidência científica mais atualizada.

Quanto à caracterização sociodemográfica dos participantes, foi possível observar uma faixa etária média de aproximadamente 71 anos de idade, em que 62,5% são adultos idosos, o que se coaduna com o envelhecimento populacional que se manifesta no país (INE, 2025a; Preto et al., 2023). De igual modo, 75% dos participantes estão reformados, um deles por incapacidade, o que está de acordo com o mencionado no relatório do INE relativo ao ano de 2022 sobre a diminuição da estimativa de anos de vida saudável aos 65 anos para 7,9 anos por limitações devido a problemas de saúde (INE, 2024).

Por outro lado, verificou-se que 5 participantes (ou seja, 62,5%) eram autónomos antes do internamento e em ambas as avaliações (inicial e final) todos apresentavam algum grau de dependência, o que se pode justificar pelo impacto da imobilidade associado ao período de internamento. Tal como menciona Brennan (2024), cerca de 30% ou mais das pessoas

que têm alta hospitalar saem com incapacidade, sendo que muitas delas deram entrada hospitalar como adultos independentes e com a funcionalidade mantida. Refere ainda que pessoas internadas em diversos serviços relacionados com medicina, cirurgia, psiquiatria e cuidados intensivos passam cerca de 88% a 100% do tempo de internamento no leito. Inclusive o artigo refere outros estudos que mencionam que as pessoas internadas deambulam no hospital menos de 10 minutos diariamente, o que promove a imobilidade, influenciando também o défice de sono e a desnutrição (Brennan, 2024).

Neste sentido, reforça-se a necessidade de implementação do PER em determinados participantes que não tinham comprometimento direto de um dos MS em específico, como é o caso dos participantes 1, 2, 3 e 7. Considerou-se que estes participantes beneficiariam do programa devido ao impacto da imobilidade decorrente do internamento, das suas condições clínicas complexas, bem como do benefício para a sua reabilitação, já que todos estes participantes necessitavam de utilizar auxiliares de marcha para a deambulação.

No estudo realizado por Bass et al. (2024) que aborda os riscos de lesões musculoesqueléticas de pessoas com lesão vertebromedular em fase crónica devido à utilização prolongada de CR, é mencionado que o aumento da força dos músculos dos MS diminui a demanda muscular na realização das AVD, nas quais inclui os mecanismos de propulsão de CR, as transferências e outros, estando associado a uma melhor utilização da CR. Com este facto fundamenta-se a pertinência deste tipo de programas de intervenção ao MS para melhorar a utilização de outros auxiliares de marcha na deambulação.

O PER contou com um número de sessões variado, no total entre 5 e 12 sessões, mais especificamente, 4 participantes tiveram 5 sessões, 2 participantes tiveram 8 sessões e 2 participantes tiveram 12 sessões. Os participantes com menos sessões foram pessoas com os períodos de internamento mais curtos e as 2 participantes com 12 sessões tiveram os internamentos mais longos. Em média, cada sessão teve a duração de 30 a 40 minutos, consoante o ritmo de execução de cada pessoa e o tempo de recuperação entre os exercícios.

Importa mencionar que, sempre que se verificou necessário, os exercícios foram ajustados à condição e situação de saúde da pessoa, tendo em conta as suas limitações e assistindo nos exercícios em que apresentavam dificuldade, como foi no caso do sexto exercício do plano de intervenção que apresentava especial dificuldade para a participante 8 e ligeira dificuldade para o participante 6, ou, ainda, para os participantes 4 e 5, os quais necessitavam de recorrer muitas vezes ao membro são para auxiliar o membro afetado em alguns exercícios.

Segundo Coelho et al. (2016), o número de séries e repetições dos exercícios deve ser ajustado segundo a tolerância e capacidade da pessoa ao esforço. O aumento de volume dos exercícios incluídos no plano de intervenção foi adaptado a cada participante, sendo realizado progressivamente e consoante a tolerância da pessoa, tendo em conta o seu limiar de dor e

a sua perceção ao esforço. É de mencionar que o quinto exercício do plano de intervenção foi considerado pelos participantes o mais complexo de realizar e perante o qual referiam menos tolerância ao esforço e maior tempo de recuperação para avançar para o exercício seguinte, necessitando, por vezes, de adaptações a cada participante.

Também foi possível verificar que a motivação e envolvimento no próprio processo de reabilitação foram determinantes para alcançar resultados benéficos e ganhos positivos. Como nota Kisner e Colby (2015), a motivação e a vontade são alguns dos fatores que podem influenciar a progressão do processo de reabilitação e melhorar a funcionalidade da pessoa. Embora alguns dos participantes inicialmente apresentassem um défice de motivação notório perante a sua situação clínica e/ou familiar, o facto de integrar este PER foi um fator bastante relevante para a sua motivação e, conseqüentemente, para o seu processo de reabilitação; neste aspeto realço veemente as participantes 7 e 8.

Procede-se a discussão sobre os resultados da aplicação dos instrumentos de avaliação selecionados.

- **Avaliação cognitiva**

Na avaliação cognitiva não se verificaram grandes alterações, sendo que, apenas na avaliação inicial, 75% dos participantes (correspondendo a 6 pessoas) apresentavam um resultado de nível máximo, ou seja, nível 8 na LCFS (intencional-apropriado), isto é, sem alterações da função cognitiva, e os restantes 25% (correspondendo a 2 pessoas) apresentavam um resultado de nível 7 (automático-apropriado), caracterizado por necessidade de assistência mínima na orientação temporal. Situações como estas são bastante comuns, podendo-se tratar de *delirium* pós-operatório, sendo que a prevalência dos casos de delírio no pós-operatório varia entre 10% e 55% em pessoas submetidas recentemente a intervenções cirúrgicas, revelando-se particularmente frequente em procedimentos de ortopedia. Esta taxa tende a agravar-se na população idosa, podendo atingir os 50% após uma cirurgia, sendo que os sintomas de *delirium* pós-operatório manifestam-se tipicamente no intervalo temporal compreendido entre as 24 e as 48 horas subseqüentes à intervenção cirúrgica (Oliveira & Oliveira, 2024). Este último aspeto também justifica o facto de, na avaliação final, todos os participantes obterem o nível 8 da LCFS (intencional-apropriado).

- **QuickDASH**

É importante considerar que a manutenção da funcionalidade do MS no adulto constitui-se em si já um ganho em saúde, devido às condicionantes musculoesqueléticas decorrentes do internamento e da imobilidade subjacente (Brennan, 2024).

Porém, todos os participantes manifestaram uma evolução positiva nos resultados da aplicação do *QuickDASH*, com uma diferença entre os valores iniciais e finais compreendidas entre 2,2 e 40,9 pontos.

Como já mencionado previamente a discrepância de valores na participante 8 é justificada pelo facto das questões serem relativas às atividades e sintomas presentes na última semana, neste caso quando a participante ainda tinha aplicada o aparelho gessado no MS afetado, condicionando as respostas na avaliação inicial. Além disso, esta pessoa manifestava visivelmente receio de mobilizar o MS, principalmente o punho e dedos da mão esquerda.

Uma das consequências frequentes da aplicação de gesso como tratamento conservador é a presença de edema, inclusive após a remoção do aparelho gessado. No decorrer do processo de reabilitação da pessoa, o edema tem um impacto significativo na funcionalidade, limitando a amplitude do movimento articular, diminuindo a força muscular e aumentando a dor, uma vez que a presença de edema nas extremidades num largo período de tempo promove a formação de fibroses e, ainda, aderências nos tecidos moles, o que provoca uma necessidade em considerar a avaliação e gestão destes fatores, bem como do edema em si (Horoz et al., 2024). A evidência científica refere que a elevação do membro, a crioterapia e exercícios que potenciem a ADM são abordagens usadas para o controlo do edema e para a reabilitação da pessoa (Horoz et al., 2024), intervenções implementadas tanto à participante 8 como ao participante 6 (embora este último já tivesse sido submetido à respetiva intervenção cirúrgica), visto que ambos apresentavam edema do MS afetado, mais especificamente do antebraço, punho e mão.

A fim de promover uma prestação de cuidados eficazes, é necessário compreender a interação entre a condição clínica, as limitações da pessoa, bem como a sua capacidade funcional (Kisner & Colby, 2015), influenciando o impacto nas AVD e na qualidade de vida, o que se verificou neste projeto.

- **Avaliação da Amplitude Articular**

É importante mencionar que as avaliações foram realizadas através da ADM ativa, isto é, com movimento ativo da pessoa, auxiliando apenas quando necessário na estabilização dos segmentos, essencialmente nos participantes 4 e 5 devido aos seus diagnósticos principais.

A ADM articular é condicionada por um conjunto multifatorial de determinantes, de natureza intrínseca e extrínseca. Entre os fatores intrínsecos destacam-se a forma das articulações, a flexibilidade do tecido muscular e a elasticidade dos tecidos periarticulares. Por sua vez, os fatores extrínsecos compreendem variáveis como a idade, o sexo, o nível de prática de atividade física e os antecedentes de lesão musculoesquelética (Sanders, 2025). Neste sentido, a configuração anatómica das superfícies articulares, bem como a flexibilidade e integridade estrutural dos tecidos moles periarticulares que as atravessam ou envolvem,

condicionam a ADM passível de ocorrer entre dois segmentos, sendo que a ausência total de mobilização favorece o desenvolvimento de aderências fibrosas e de contraturas, compromete a circulação e prolonga o período necessário à reabilitação funcional (Kisner & Colby, 2015).

Com o envelhecimento, observa-se, tendencialmente, uma diminuição progressiva da ADM articular, associada a alterações degenerativas articulares, ao aumento da rigidez musculoesquelética e à redução da produção e viscosidade do líquido sinovial, comprometendo a eficiência biomecânica e a lubrificação intra-articular (Sanders, 2025), o que justifica os valores recolhidos na avaliação inicial de algumas pessoas, nomeadamente, os participantes 1, 2, 3 e 7.

A recuperação atempada da ADM articular assume um papel determinante no processo de reabilitação, principalmente em casos de #, particularmente quando estas envolvem os MS (como foi o caso dos participantes 6 e 8), dada a sua relevância para a funcionalidade global e desempenho das AVD (Horoz et al., 2024).

Observou-se uma evolução positiva na amplitude articular dos MS nos movimentos selecionados em todos os participantes, sendo importante considerar tanto o aumento da amplitude articular como a sua manutenção um ganho em si mesmo.

A implementação sistemática de programas de alongamento, exercícios específicos de mobilidade e estratégias adequadas de condicionamento físico pode contribuir para a manutenção, ou mesmo para a melhoria, da amplitude articular ao longo do ciclo de vida, atenuando os efeitos deletérios associados ao envelhecimento (Sanders, 2025), tal como ocorreu com a implementação do PER em questão.

Como já referido, ressalva-se que nos participantes 4 e 5 manifestou-se uma maior evolução devido a um maior período de tempo entre os dois momentos de avaliação, mas também devido ao facto de estarem sob os cuidados de reabilitação de outros membros da equipa multidisciplinar, tornando os ganhos alcançados como parte integrante de todo o programa de reabilitação e não exclusivamente do PER. Por outro lado, foi possível observar clinicamente que a melhoria nos valores da amplitude articular também pode ser influenciada pela redução de inibição devido à dor, pela melhoria do controlo neuromuscular ou por uma maior confiança no movimento. Nestes aspetos podem-se enquadrar, através da observação prática, os participantes 4, 5, 6 e 8.

A manutenção e melhoria da ADM é uma estratégia proativa para promover a funcionalidade e o bem-estar físico, prevenindo limitações relacionadas com a mobilização, proporcionando uma maior liberdade de movimento, melhor desempenho físico e uma qualidade de vida mais elevada (Sanders, 2025).

- **Avaliação da Força Muscular**

É então possível aferir que os participantes 2 e 7 alcançaram o nível máximo de 5 em todos os segmentos de ambos os MS. Os participantes 3, 4, 6 e 8 conseguiram subir de nível em pelo um dos segmentos do MS. Já os participantes 1 e 5 mantiveram os mesmos níveis em todos os segmentos dos MS. Neste caso, foram pessoas que tiveram o número mínimo de sessões, que corresponde a 5 sessões no total. No entanto, este facto isolado não pode ser tido como justificação, uma vez que a outros participantes com o mesmo número de sessões obtiveram maiores ganhos. Isto demonstra que todos as pessoas respondem de modo diferente perante a implementação de programas de reabilitação, devido às características individuais de cada pessoa.

Diversos elementos condicionam a variabilidade das respostas individuais observadas em pessoas quando expostas a um estímulo de treino idêntico. Esses elementos encontram-se intrinsecamente ligados à condição inicial da pessoa, bem como ao seu património genético, enquadrando-se no âmbito do princípio da individualidade biológica, o qual reconhece a singularidade funcional e adaptativa de cada organismo. Igualmente, os padrões comportamentais quotidianos e a condição fisiológica inicial são fatores a ter em consideração no que toca ao treino implementado, primando pela abordagem individualizada (Colantonio et al., 2022).

Apesar disso, a evidência diz-nos que o treino de resistência constitui uma estratégia pertinente para o incremento da força muscular, atenuando os processos associados à sarcopenia e potenciando ganhos significativos na função motora (como ocorreu em 75% dos participantes). Estes efeitos traduzem-se numa diminuição da incidência de quedas e num reforço da autonomia funcional e na realização das AVD. Igualmente, evidenciam-se benefícios ao nível do sistema cardiovascular, bem como melhorias substanciais na perceção global de qualidade de vida, incluindo a mitigação de sintomatologia depressiva (Barbosa et al., 2025).

No caso da participante 8 também se enquadra o que refere Horoz et al., 2024, pois em casos de necessidade de aplicação de aparelhos gessados também é referida como uma das consequências a redução da força muscular, sendo que retroceder este efeito é essencial para a reabilitação, promovendo a funcionalidade.

Na generalidade, 75% dos participantes tiveram ganhos na força muscular com o instrumento de avaliação MRC, facto que pode ser justificado pela individualidade biológica já abordada por Colantonio et al. (2022). Porém, talvez fosse interessante a utilização de dinamómetro digital, de modo a aprimorar a mensurabilidade dos valores numéricos referentes aos ganhos de força muscular.

- **ULFI**

Pode-se comprovar que todos os participantes manifestaram uma evolução positiva nestes resultados, com uma diferença entre as percentagens iniciais e finais compreendidas entre 2% e 44%, sendo que a participante 8 comprovou o maior aumento na melhoria da funcionalidade do MS, uma vez que, à semelhança do *QuickDASH*, as questões da ULFI são relativas aos últimos dias, o que condiciona as respostas no momento de avaliação inicial.

Apesar dos ganhos evidenciados em todos os participantes, é pertinente considerar que podem não se manter após o término do PER e, ainda, aquando da alta.

Na presença de défice funcional pré-existente e em pessoas idosas, verifica-se uma probabilidade acrescida de agravamento do desempenho funcional no período subsequente à alta clínica. Neste enquadramento, as limitações funcionais podem prolongar-se por vários meses após a alta, repercutindo-se de forma expressiva na execução das AVD, quer básicas, quer instrumentais (Brennan, 2024).

De igual modo, segundo um estudo realizado por Patel et al. (2026), há tendência consistente que sugere que doses mais altas de terapia para MS foram associadas a melhorias maiores em âmbito motor na fase subaguda avançada e crónica da reabilitação do AVC, influenciando a funcionalidade.

Estudos demonstram que, apesar de parte dos ganhos se percam após o término dos programas de treino em força muscular e funcionalidade, podem subsistir ganhos residuais durante algum tempo, principalmente se a realização do programa foi consistente. Porém, reforça-se a pertinência da continuidade, ainda que em volumes mais pequenos de exercício por forma a promover a adesão e manutenção dos ganhos a longo prazo (Barbosa et al., 2025).

- **Escala Modificada de *Barthel***

Ainda que as alterações do sistema musculoesquelético possam decorrer de quadros agudos ou de natureza crónica, estas podem manifestar-se através de eventos potenciadores de dependência no autocuidado, configurando-se, por conseguinte, como um domínio nuclear no planeamento e implementação de cuidados de ER dirigidos à pessoa com comprometimento deste sistema corporal (Lourenço et al., 2021).

Os resultados indicam uma evolução positiva, com uma diminuição do grau de dependência na maioria dos participantes, destacando-se melhorias significativas em 3 pessoas que transitaram de uma categoria de dependência para outra. Isto é, os participantes 2, 5 e 8, inicialmente classificados como “dependência severa”, passaram a enquadrar-se apenas na categoria de “dependência”.

O MS constitui um elemento central na autonomia funcional ao assegurar a eficiência motora indispensável à execução de movimentos de alcance, preensão e manipulação,

competências imprescindíveis para a realização da maioria das AVD (Zagaro et al., 2024), tal como se comprovou com o progresso destes participantes.

Observou-se uma evolução positiva em todos os participantes em pelo menos uma destas AVD. A AVD com maior evolução entre os participantes foi o vestuário, seguido da alimentação e, por fim, a higiene pessoal.

Na sua expressão mais elementar, ao nível individual, a capacitação manifesta-se na realização das atividades de vida indispensáveis à satisfação das necessidades básicas, designadamente “comer e beber, mover-se, lavar-se e vestir-se, eliminar, entre outras”. As AVD, quer de natureza básica quer instrumental, constituem indicadores da autonomia e da independência da pessoa, encontrando-se intrinsecamente associadas à sua funcionalidade e à perceção de qualidade de vida (Reis & Bule, 2016, p. 57).

Neste sentido, uma das limitações do PIP foi a ausência da incorporação do treino de AVD no PER, embora tenha sido realizado efetivamente em contexto de estágio. A intervenção centrada no treino das AVD assume-se como um eixo estruturante da prática do EEER, na medida em que promove a otimização da funcionalidade e da qualidade de vida da pessoa, através da implementação de estratégias adaptativas e da prescrição e utilização adequada de produtos de apoio (Vigia et al., 2016).

Porém, Vigia et al., 2016 também refere que o incremento da força muscular e da ADM articular contribui para a melhoria do equilíbrio e da capacidade de marcha, potenciando níveis superiores de autonomia e independência no autocuidado em si.

Outro caso que pode ser tido em conta para uma proposta futura, é a inclusão do exercício da oponência. Tal como refere Caetano et al. (2015), a oponência permite a capacidade de manuseamento de objetos, e, sendo específico dos dedos da mão, influencia nos movimentos de preensão e manipulação.

Por outro lado, embora haja a necessidade de explorar melhor esta temática, a evidência científica admite que a combinação de diferentes modalidades de exercício, designadamente o treino aeróbio, o treino de força e o treino respiratório, poderá constituir a abordagem mais apropriada e potencialmente mais eficaz para pessoas que apresentam limitações nas AVD (Novo et al., 2021).

Neste sentido, estratégias de intervenção que integrem, de forma articulada, componentes de fortalecimento muscular, treino de equilíbrio, treino aeróbio e exercícios funcionais revelam-se particularmente eficazes na minimização do risco de queda e na promoção da mobilidade em adultos, o que sustenta que a abordagem de programas multimodais ou multicomponentes demonstra superioridade na obtenção e manutenção de ganhos funcionais duradouros, comparativamente a programas centrados numa única componente de exercício (ACSM, 2022; Barbosa et al., 2025).

Noutra vertente, seria interessante ter incluído um instrumento de avaliação vocacionado para a satisfação e/ou motivação da pessoa, pois em âmbito prático, na generalidade, todos os participantes se sentiram mais motivados e esperançosos quanto à sua situação e processo de reabilitação.

4.11. CONCLUSÕES DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Perante os resultados obtidos na sequência do PIP e do programa implementado, pode concluir-se que foi atingido o objetivo geral previamente definido, isto é, foram avaliados os benefícios de um programa de ER para a melhoria/manutenção da funcionalidade do MS do adulto, em consonância com os objetivos específicos anteriormente enunciados.

A implementação do PER mostrou-se benéfica para a promoção da funcionalidade do MS, sendo mensurável através dos instrumentos de avaliação selecionados, que englobam a *QuickDASH*, goniometria, MRC, ULFI e Escala modificada de *Barthel*.

Neste sentido, considerando a implementação do plano de intervenção, que incluiu exercícios de aquecimento, de resistência, força, propriocepção e alongamento, foi possível comprovar ganhos a nível da amplitude articular, força muscular, funcionalidade e no grau de dependência nas AVD. Tudo isto reforça a pertinência em implementar programas de ER variados e completos nos serviços de internamento, não só para prevenir os efeitos nefastos da imobilidade, mas também para capacitar a pessoa e a família/cuidador para a funcionalidade e o autocuidado, de modo a alcançar uma transição de cuidados segura e saudável.

Em âmbito prático foi possível verificar a necessidade impreterível de adaptar as intervenções a cada pessoa e situação, não só devido às condições clínicas inerentes ao internamento e às comorbilidades prévias, mas também devido à individualidade de cada pessoa, o que requer um ajuste de abordagem a cada participante integrado no PIP, tal como já habitual da prática de enfermagem.

O EEER assume-se como elemento fundamental de todo o processo de reabilitação através de uma abordagem holística, com particular atenção à funcionalidade e à promoção do autocuidado, viabilizando uma maior satisfação e qualidade de vida da pessoa alvo dos cuidados especializados.

Note-se que 5 dos participantes tiveram alta ainda dentro do período de estágio e apenas 3 continuaram o seu processo de reabilitação nos serviços de internamento aos quais foram alocados.

Por outro lado, sinto pertinente realçar que a intervenção e reabilitação ao MS da participante 8 foi exclusiva da implementação do PER e da equipa de enfermagem e ER, o que comprova que os ganhos obtidos nesta participante são mérito precisamente da equipa

de enfermagem e ER (em conjunto com a implementação deste projeto) que proporcionaram uma excelente intervenção a nível global com esta pessoa, não só a nível motor e funcional, mas também na vontade e motivação para superar as dificuldades e adaptar-se a diversas transições que atravessava. Este aspeto constitui-se como um pequeno exemplo da relevância do EEER no seio da equipa. Não obstante, reforço a imprescindibilidade da prestação de cuidados por toda a equipa multidisciplinar, já que, além de proporcionar uma abordagem mais abrangente e completa, origina ganhos maiores em âmbito global, como aliás se verificou com outros participantes.

Note-se que algumas limitações do projeto, tal como já previamente mencionadas, foram a ausência da incorporação no PER de exercícios vocacionados para a oponentia, do treino de AVD, bem como a pertinência da abordagem de programas multimodais, com a inclusão de exercícios combinados de treino aeróbio, treino de força e treino respiratório. Inclui-se a ausência de um instrumento de avaliação direcionado para a satisfação e/ou motivação da pessoa, por forma a avaliar a evolução nestes tópicos.

No entanto, sinto ser importante mencionar que a implementação deste projeto foi já de si benéfica somente pelo facto de providenciar um objetivo a alguns dos participantes, muitas vezes desmotivados e abatidos com a sua condição clínica e pessoal. Além disso, foi bastante positivo para a promoção da funcionalidade do MS oferecendo uma outra abordagem aos cuidados de ER durante o período de internamento.

Efetivamente, toda a construção do PIP mostrou-se um método interessante e positivo como modo de transladar conhecimentos a nível teórico para a vertente prática, por forma a adquirir e desenvolver as competências comuns do EE e as competências específicas do EEER.

5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O EE é o profissional a quem é atribuída a responsabilidade de prestar cuidados de enfermagem diferenciados, sustentados por competências científicas, técnicas e humanas reconhecidas no âmbito da sua área de especialização. A validação formal das competências clínicas especializadas garante que o EE detém um conjunto integrado de conhecimentos, aptidões e capacidades que, em função das necessidades de saúde do grupo-alvo, são mobilizados de forma adequada à intervenção nos diversos contextos ao longo do ciclo vital da pessoa (Regulamento n.º 140/2019).

O processo de construção e consolidação de competências como EE assume um papel determinante na promoção da excelência dos cuidados de saúde prestados, uma vez que é expectável que, além de se encontrar apto para realizar juízos clínicos complexos e fundamentados, baseia-se numa prática profissional sustentada na melhor e mais recente evidência científica, aliada a uma postura reflexiva, crítica e de desenvolvimento permanente.

Nesta perspetiva, os referenciais normativos da especialidade, nomeadamente os regulamentos relativos às competências comuns do EE, as competências específicas do EEER, as competências de mestre, o padrão documental e os padrões de qualidade dos cuidados de ER, constituem instrumentos estruturantes que orientam a prática clínica especializada, contribuindo para o reforço da segurança e da qualidade dos cuidados prestados.

Por isso, torna-se então necessária uma análise reflexiva sobre a aquisição e o desenvolvimento das competências supramencionadas, de modo a refletir sobre todo este processo de aprendizagem e evolução para um cuidado mais completo e aprimorado, visando sempre uma melhoria contínua.

5.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O EE configura-se como um profissional detentor de conhecimentos avançados e competências altamente diferenciadas num domínio específico da disciplina de enfermagem, encontrando-se devidamente habilitado para o exercício profissional nessa área particular. O âmbito da sua intervenção especializada abrange múltiplas vertentes, designadamente a prática clínica, a atividade pedagógica, a gestão, a investigação científica e a prestação de consultoria técnica (Pestana, 2016).

A caracterização do perfil de competências do EE estabelece-se em consonância com os domínios estruturantes das competências atribuídas ao enfermeiro de cuidados gerais, na medida em que o conjunto de competências clínicas de natureza especializada resulta do aprofundamento, consolidação e desenvolvimento progressivo desses mesmos domínios fundamentais (Pestana, 2016).

Estas competências explanadas no Regulamento n.º 140/2019 (p. 4745), partilhadas por todos os EE independentemente da sua área de especialização em enfermagem, incluem os seguintes domínios: “(A) Responsabilidade profissional, ética e legal; (B) Melhoria contínua da qualidade; (C) Gestão dos cuidados; (D) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais”. Cada um destes domínios subdividem-se em unidades de competência. A continuação, serão especificadas as competências do supramencionado regulamento, bem como uma reflexão sobre a sua aquisição e o seu desenvolvimento.

O primeiro domínio apresentado é referente à “**Responsabilidade profissional, ética e legal**”, sendo basilar na prática de enfermagem e no âmbito da especialidade. Este domínio subdivide-se em duas unidades de competência: “(A1) Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;” e “(A2) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

Neste domínio pretende-se basear a prática profissional especialista nos princípios éticos e legais, atuando e demonstrando a capacidade de tomar decisões baseadas nas normas legais, nos princípios éticos e na deontologia, assegurando o respeito pela privacidade, confidencialidade e segurança da informação recolhida.

Igualmente, a prática reflexiva sustentada no cumprimento de questões éticas é fundamental para a aquisição destas competências, nomeadamente tendo por base a Declaração Universal sobre a Bioética e os Direitos Humanos, a Carta dos Direitos do Doente Internado e o Código Deontológico, englobado no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro [REPE].

Na Declaração Universal sobre a Bioética e os Direitos Humanos existem princípios que devem ser respeitados, tanto para quem é dirigida, como nas decisões a tomar ou nas práticas a adotar, assegurando “a dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais”, bem como fazer prevalecer os interesses e o bem-estar da pessoa perante “o interesse exclusivo da ciência ou da sociedade” (*United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* [UNESCO], 2005, p. 76). Neste essencial documento estão explanados outros princípios primordiais, tais como a minimização dos possíveis efeitos nocivos e maximização dos efeitos benéficos, respeitar a autonomia da pessoa nas suas decisões, a relevância do consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa perante qualquer intervenção, principalmente protegendo os direitos e interesses das pessoas que não sejam capazes de exercer a sua própria autonomia ou de exprimir o seu consentimento, o “respeito pela vulnerabilidade humana e integridade pessoal”, bem como pela vida pessoal e confidencialidade das informações fornecidas pelas pessoas, a salvaguarda da justiça, igualdade, equidade, sem discriminação ou estigmatização, respeitando a diversidade cultural e pluralismo, incluindo, ainda, um incentivo à solidariedade e cooperação humana e uma

promoção constante da saúde e desenvolvimento social em benefício dos povos e das futuras gerações (UNESCO, 2005, p. 77).

Igualmente, a Carta dos Direitos do Doente Internado reforça que o cidadão não pode ser excluído do processo de decisão, sendo o principal responsável pela sua saúde. Para tal, é imprescindível ter acesso a informação objetiva, transparente e compreensível, tornando-se preparado para o seu processo de decisão como cidadão livre e esclarecido. Neste sentido, considerando a pessoa holisticamente e não somente pela idade, incapacidade, patologia ou deficiência, é essencial o respeito pela dignidade humana, bem como pelos direitos do Homem e cidadão, tendo como princípios gerais a não discriminação, respeito da pessoa, da sua liberdade individual, da sua vida privada e também da sua autonomia (Ministério da Saúde, 2004).

Do mesmo modo, o Código Deontológico integrado no REPE, assenta em princípios e valores que integram a dimensão ética do agir profissional do enfermeiro. Os enfermeiros estão obrigados a desempenhar a sua atividade com base em competências técnico-científicas sólidas, assegurando simultaneamente a salvaguarda da vida, da dignidade da pessoa e da promoção da saúde e do bem-estar coletivo, implementando estratégias e intervenções orientadas para a otimização contínua da qualidade dos cuidados prestados e dos serviços de enfermagem. Este documento prescreve um conjunto de deveres, diretamente relacionados com a defesa dos direitos das pessoas alvo de cuidados, estabelecendo assim direitos e deveres da legislação em vigor aos membros inscritos na Ordem dos Enfermeiros [OE] (Assembleia da República, 2024).

Por outro lado, parece-me pertinente abordar o Regulamento de Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, pois define, com base em princípios conceptuais e normativos, os níveis de qualidade esperados no exercício da profissão, orientando a prática autónoma dos enfermeiros, a identificação sistemática de necessidades de cuidado e a implementação de intervenções que visam a segurança, a prevenção de riscos e a promoção da saúde. Desta forma, o mencionado documento sustenta a obrigação ética de respeitar valores humanistas, a responsabilidade profissional na tomada de decisão clínica e a integração de evidência científica na prática de cuidados, além de contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados (OE, 2012).

No âmbito teórico do curso, foi possível desenvolver estas competências através dos conhecimentos desenvolvidos no âmbito da UC de Ética e Deontologia em Enfermagem, na qual houve um aprofundamento dos documentos orientadores referentes à prática profissional em enfermagem na vertente ética, deontológica e legal.

Já as atividades de carácter prático cumpriram com os requisitos referentes a este domínio de competências, quer no cumprimento das questões éticas e legais inerentes ao PIP previamente abordadas (como na submissão e aprovação das Comissões de Ética), quer no

respeito pelas normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, como é o caso do Código Deontológico e do REPE no decorrer de todos os estágios. Nisto incluiu-se o cumprimento dos deveres de respeito e defesa dos direitos humanos, da individualidade pessoal, da preservação da segurança, dignidade e privacidade, da confidencialidade, sigilo e anonimato decorrentes da deontologia profissional em toda a prática clínica.

Igualmente, a elaboração do consentimento informado, livre e esclarecido para participação no PER, na qual são reforçados o anonimato e a confidencialidade de todos os dados obtidos (inclusive o modo de tratamento de dados), bem como a sua utilização exclusiva para este projeto, constitui-se como exemplo adicional do cumprimento das referidas normas e, conseqüentemente, da aquisição de competências deste domínio.

O seguinte domínio aborda a **“Melhoria contínua da qualidade”**, que se subdivide em três unidades de competência: “(B1) Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; (B2) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; (B3) Garante um ambiente terapêutico e seguro.” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

A procura constante pela evolução na qualidade da prestação de cuidados sempre foi vital na minha prática clínica, principalmente desde o instante em que começo a exercer profissionalmente enfermagem e em que me deparo com um dever acrescido de ter vidas à minha responsabilidade. É de facto basilar procurar sempre oferecer o melhor de nós mesmos profissionalmente a alguém que precisa dos nossos cuidados e de tudo o que deles acarreta. Para tal, torna-se indispensável recorrer à investigação da evidência científica mais atual e à prática baseada na evidência, salvaguardando a adequação e individualização dos cuidados.

Perante este aspeto, o EE assume-se como elemento fulcral na equipa multidisciplinar, bem como para a comunidade e sociedade em si, tendo um papel verdadeiramente transformar na melhoria contínua na prestação de cuidados de enfermagem gerais e especializados, como aliás se verificou em contexto de estágio. Neste sentido, foi possível mobilizar os diversos conteúdos e conhecimentos adquiridos e desenvolvidos em âmbito teórico e teórico-prático para as aprendizagens em estágio, bem como refletir sobre a tomada de decisão mais adequada a cada situação junto dos enfermeiros orientadores, de modo a promover a partilha desse conhecimento com a equipa multidisciplinar e potenciando uma constante evolução e a aquisição de competências das mais diversas formas.

Em âmbito teórico, a aquisição de competências deste domínio centrou-se nos conhecimentos desenvolvidos em todas as UC, principalmente nas UC de Enfermagem de Reabilitação: Fenómenos e Intervenções em Processo Cardiorrespiratório, Neurológico e Ortotraumatológico, bem como Anatomia Funcional e Atividade Humana, Enfermagem e Formação, Investigação em Enfermagem e Processos Fisiopatológicos.

Procurando sempre a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, no decurso dos diferentes momentos de estágio, verificou-se a oportunidade de cooperar, integrar e intervir ativamente em iniciativas e projetos desenvolvidos nos locais de estágio, através de uma avaliação conjunta com o enfermeiro orientador das necessidades de cada serviço.

Como já foi mencionado previamente, no estágio de ortotraumatologia, apesar dos desafios em encontrar contributos pertinentes para o serviço, foi realizada uma atualização de alguns dos folhetos já instituídos, a fim de complementar algumas informações que não continham, entre as quais, ensinamentos sobre os exercícios musculoesqueléticos exemplificados e treinados durante o internamento. Neste caso, os folhetos sobre as “Recomendações para Utente Submetido a Artroplastia Total do Joelho [ATJ]” (Apêndice A), “Recomendações para Utente Submetido a Artroplastia Total da Anca [ATA]” (Apêndice B) e “Recomendações para Utente Submetido a Artroplastia Parcial da Anca [APA]” (Apêndice C), que aguardam aprovação do departamento de qualidade da ULS em questão.

No estágio neurológico, embora se tenha mantido o desafio em encontrar possíveis projetos para o serviço devido à rígida organização e estruturação dos cuidados, houve a possibilidade de contribuir com a realização do poster sobre “Movimento Corporal: Membro Superior” (Apêndice D) afixado em serviço e, conseqüentemente, com a construção do espelho para implementação da TE no serviço.

Quanto ao estágio em contexto domiciliário, embora a ECCL já apresentasse um projeto de ER em curso, é um contexto bastante amplo para explorar no que se refere a áreas de interesse. Neste sentido, considero muito profícua a criação do dossier de texturas, bem como a contribuição para o folheto “Enfermagem de Reabilitação: Treino de Equilíbrio e Força Muscular – Exercícios Funcionais” (Apêndice E).

Já no estágio cardiorrespiratório foi possível avançar com um projeto deveras interessante, neste caso, a Dinamização de uma Sala de Atividades. Certo é que, apesar da ideia e do espaço físico já existirem, não era um local direcionado para o seu propósito e, honestamente, bastante menosprezado tendo em conta todo o seu potencial e objetivo inicial. Após a avaliação do espaço e dos materiais existentes, a seleção dos materiais necessários, bem como a definição dos critérios de elegibilidade para frequentar a sala e a proposta das intervenções a implementar, houve a oportunidade de utilizar a sala de atividades no decorrer da nossa prática de cuidados ao longo do estágio.

Neste sentido, ainda foi realizada uma apresentação (Anexo A) para os enfermeiros de cuidados gerais e EEER de dois serviços de medicina interna, que se revelou bastante benéfica para a posterior otimização da sala de atividades.

Realço ainda que a implementação do PER nos locais de estágio mostrou-se como um fator dinamizador não só para a promoção de uma melhoria contínua na prática de cuidados, mas também para a equipa de enfermagem e multidisciplinar.

Por forma a garantir um ambiente não só terapêutico, mas também seguro, é pertinente considerar a importância do conhecimento e de uma correta integração no que se refere à organização e dinâmica dos locais de estágio, não só de enfermagem, mas também da área de especialidade, alcançando uma frutífera articulação com os restantes elementos da equipa multidisciplinar.

Neste sentido, uma transmissão de informação eficaz entre os profissionais torna-se numa das formas mais pertinentes de assegurar a qualidade e a segurança na prestação de cuidados. Na prática clínica estes aspetos são recorrentes, pelo que se requer uma adequação e adaptação constantes a todos os membros da equipa multidisciplinar. Os sistemas de informação utilizados (sejam informáticos, como SClínico, ou manuais) são exemplo disso mesmo, através dos registos de enfermagem e de ER, bem como da consulta de toda a informação necessária para uma praxis mais adequada a cada situação. No entanto, a fim de aprimorar a qualidade da nossa prestação de cuidados, tornando-a ainda mais individualizada a cada pessoa, com todas as suas características e particulares, a transmissão de informação verbal acaba por ser incontornável. Deste modo, no decorrer do curso (mais precisamente na UC de Investigação em Enfermagem), houve a possibilidade de abordar a temática da mnemónica ISBAR (em que “I” corresponde à Identificação, “S” à Situação atual, “B” aos Antecedentes (*background*), “A” à Avaliação e “R” às Recomendações), através do protocolo de uma *scoping review*, com o título “Qual a influência da “ISBAR” na qualidade dos cuidados à pessoa em hospitalização?” (Apêndice N), posteriormente apresentada em serviço (Anexo Z).

Quanto ao domínio **“Gestão dos Cuidados”**, subdivide-se em duas unidades de competência: “(C1) Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;” e “(C2) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

Sendo o EE um elemento de referência na equipa, torna-se crucial o seu envolvimento na prática de cuidados de qualidade, buscando estratégias de adaptação perante possíveis ocorrências, já que se constitui um fator relevante ao direcionar os cuidados da equipa à pessoa.

Deste modo, apresenta-se como um elemento chave ao potenciar a prática baseada na evidência, ou seja, através de práticas seguras e sustentadas na mais recente evidência científica. Tudo isto possibilita a qualidade dos cuidados e sugestões pertinentes que assegurem a melhoria contínua também de toda a equipa. Neste sentido, foram essenciais a colaboração com enfermeiro orientador e a integração na equipa (de enfermagem e multidisciplinar), fazendo uma correta gestão dos recursos existentes para alcançar os objetivos propostos.

A título de exemplo, em todos os locais de estágio, havia um planeamento prévio, debatido com o enfermeiro orientador, sobre os melhores e mais adequados cuidados a prestar, considerando a elaboração do plano de cuidados individualizado e adaptado às particularidades de cada pessoa e situação. Para a concretização de tudo isto, imperava a necessidade de estar integrada no serviço, nas suas dinâmicas e organização internas e nas competências de cada classe profissional, promovendo uma correta gestão e delegação de tarefas, proporcionando uma otimização dos cuidados prestados e da sua qualidade.

Neste sentido, este domínio de competências também requer uma liderança adequada, bem como uma gestão de recursos ajustada a toda e qualquer situação, em diversas vertentes do cuidar, o que justifica a necessidade de priorizar uma perspetiva holística, não só na prestação de cuidados à pessoa, mas também na correta gestão dos recursos disponíveis, o que engloba a equipa de enfermagem e multidisciplinar, profissionais de outras instituições, os recursos materiais disponibilizados e a organização do serviço em si e dos cuidados prestados, sempre visando assegurar a sua máxima qualidade.

Exemplo destes aspetos foram as reuniões multidisciplinares que decorreram no serviço de ortopedia em âmbito de estágio, nas quais os EE assumiam um papel fundamental como elo de ligação entre os membros da equipa, agindo como intermediários, quer seja na transmissão de informação, quer seja nos processos de tomada de decisão sobre quais as melhores opções a considerar na resolução de problemas, na prestação de cuidados e/ou resolução social. Reforço que, o facto do enfermeiro orientador deste local de estágio substituir a enfermeira gestora aquando da sua ausência, potenciou o meu contacto com este tipo de realidade e competências relacionadas com a gestão de terapêutica, material e equipamento, organização de horários e gestão de trabalho da equipa através do método de trabalho por enfermeiro responsável (que, devido à elevada rotatividade de pessoas internadas, era algo desafiante).

Igualmente, no mesmo local de estágio, encontrava-se em vigor o projeto “Referenciação de Enfermagem da Pessoa Submetida a Cirurgia Após Fratura por Fragilidade do Fémur e Artroplastia do Joelho”, como já mencionado anteriormente, que exemplifica a pertinência de uma abordagem colaborativa entre as equipas de EEER do internamento e dos cuidados de saúde primários, promovendo uma transição de cuidados mais segura e completa na prestação de cuidados à pessoa (integrando a família/cuidador).

De um modo geral, em todos os locais de estágio em contexto de internamento houve uma preocupação em considerar as potenciais dificuldades da pessoa e família/cuidador na transição de cuidados (na preparação para a alta, quer para o domicílio quer para redes de apoio social), por exemplo, realizando ensinamentos sobre recomendações e atitudes de risco, orientando também sobre as estratégias para combater e contornar barreiras arquitetónicas, possíveis adaptações no domicílio e/ou aquisição de produtos de apoio. Isto serve de

complemento para a intervenção do EEER em âmbito domiciliário, no qual a adaptação da pessoa e da família/cuidador é crucial para uma transição de cuidados segura e eficaz. O EEER é de facto determinante numa adaptação eficaz, considerando todas as áreas de intervenção no âmbito domiciliário.

A nível teórico também houve a possibilidade de adquirir e desenvolver este domínio na UC de Políticas e Gestão em Saúde, que nos ajudou a compreender o contexto que todos estes aspetos anteriormente referidos acarretam.

No último domínio, “**Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais**”, ocorre uma subdivisão em duas unidades de competência: “(D1) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;” e “(D2) Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

Começo por mencionar a relevância a nível teórico das UC de Fundamentos de Enfermagem e Investigação em Enfermagem para a aquisição e desenvolvimento deste domínio de competências.

É de facto imprescindível um autoconhecimento profundo a nível profissional e pessoal, assim como a assertividade que tão bem caracteriza e se requer da disciplina de enfermagem. Todo este processo do curso de mestrado provou que a flexibilidade e a maleabilidade perante contextos muito diferentes (seja em âmbito teórico, teórico-prático, prática laboratorial ou de estágio) é basilar para alcançar uma integração coerente e o mais completa possível. Para tal, requer-se um profundo sentido de autoconhecimento e autoconsciência de si mesmo, quer a nível profissional, quer a nível pessoal.

Isto implica a reflexão constante e uma perspicaz adaptação às diferentes realidades e desafios, que engloba, por exemplo, a exposição de dúvidas e esclarecimentos sobre a melhor abordagem a adotar, quer seja com o enfermeiro orientador, quer seja com a restante equipa, algo que sempre fiz por cumprir em qualquer cenário, de modo a conseguir planear os melhores cuidados para a pessoa. De igual forma, englobo a necessidade de seguir as etapas do processo de enfermagem, com especial ênfase na avaliação de resultados, uma vez que somente refletindo sobre os resultados objetivos, bem como todo o processo que os originaram, é possível evoluir, identificando pontos a melhorar e decisões frutíferas.

É sempre benéfico aprender e partilhar conhecimentos e experiências com os demais, algo que se mostrou bastante proveitoso, principalmente devido ao contacto com diversas realidades, já que todos os estágios foram realizados em locais e tipologias diferentes entre si, mas também com métodos e dinâmicas de trabalho distintos aos que estou habituada na minha prática profissional, promovendo a minha expansão de conhecimentos e experiências vivenciadas.

Do mesmo modo, é importante adotar estratégias facilitadoras de aprendizagem, quer seja com a partilha entre pares, quer seja sustentando a nossa prática clínica especializada

na mais recente evidência científica, através de pesquisa bibliográfica e procura de atualização através de formações, cursos e qualquer outra forma de adquirir conhecimento válido para uma evolução profissional e pessoal.

Neste sentido, destaco a participação nas 1as Jornadas do Núcleo de ER da ULS Santa Maria (Anexo B), bem como a submissão do resumo do projeto “Contributos do EEER para a Promoção da Funcionalidade no Internamento de Medicina Interna: Dinamização de uma Sala de Atividades” (Apêndice F) e devida apresentação em comunicação livre (Apêndice G e Anexo C). Saliento também a participação nas I Jornadas do Núcleo de ER da ULS Baixo Alentejo (Anexo D), participando ativamente com a submissão do resumo do estudo de caso “Contributos de ER à pessoa com doença respiratória restritiva aguda associada a Insuficiência Cardíaca” (Apêndice H), conseguindo igualmente apresentar em formato de comunicação oral (Apêndice I e Anexo E). Inserido nas mesmas Jornadas, foi possível contribuir na realização de outro estudo de caso com a mestrandia Inês Luciano (que também participou na realização do primeiro estudo de caso) sobre a temática “Intervenção de enfermagem de reabilitação na pessoa idosa submetida a cirurgia abdominal com intolerância à atividade: Estudo de Caso” (Apêndice J e Anexo F).

Ainda, em simultâneo com todo o curso de mestrado, destaca-se a participação em formação externa diversa, incluindo os *webinars* “Enfermagem de Reabilitação em contexto pediátrico” (Anexo O), “Reabilitação Geriátrica” (Anexo P), “Reabilitação no Doente Cirúrgico” (Anexo Q), “Ciência do Cuidar: Doação e Transplantação de Órgãos” (Anexo R), “Cuidar com Consciência – Ética e Deontologia em Reflexão - Parte 1” (Anexo S), “Cuidador Informal” (Anexo T), “Lesões associadas ao posicionamento cirúrgico” (Anexo U), “Telereabilitação” (Anexo V), “Ética e Deontologia na prática: Responsabilidades e Responsabilização” (Anexo W), bem como os *workshops* “Disfagia: do diagnóstico à preparação para a alta” (Anexo X) e “A Música na Saúde Mental” integrado no I Congresso Internacional sobre Promoção da Saúde (Anexo Y).

Todas estas experiências se revelaram particularmente enriquecedoras a nível profissional e pessoal, potenciando uma aprendizagem mais ampla em diversos temas de interesse e contribuindo para a expansão e evolução da prática de cuidados.

A fim de esquematizar as atividades desenvolvidas no decorrer do curso, segue-se uma tabela exemplificativa das mesmas.

Tabela 20: Atividades desenvolvidas no decorrer do curso

Atividades Desenvolvidas	
Projetos / documentos desenvolvidos	<u>Folhetos:</u> • “Recomendações para Utente Submetido a Artroplastia Total do Joelho [ATJ]” (Apêndice A); • “Recomendações para Utente Submetido a Artroplastia Total da Anca [ATA]” (Apêndice B); • “Recomendações para Utente Submetido a Artroplastia Parcial da Anca [APA]” (Apêndice C); • “Enfermagem de Reabilitação: Treino de Equilíbrio e Força Muscular – Exercícios Funcionais” (Apêndice E).
	<u>Projetos:</u> • Poster “Movimento Corporal: Membro Superior” (Apêndice D); • Construção de espelho para implementação de Terapia de Espelho; • Criação de <i>dossier</i> de texturas; • Dinamização de uma Sala de Atividades num serviço de medicina interna.
Participação em Workshops	• “Disfagia: do diagnóstico à preparação para a alta” (Anexo X); • “A Música na Saúde Mental” integrado no I Congresso Internacional sobre Promoção da Saúde (Anexo Y).
Participação em Webinares	• “Enfermagem de Reabilitação em contexto pediátrico” (Anexo O); • “Reabilitação Geriátrica” (Anexo P); • “Reabilitação no Doente Cirúrgico” (Anexo Q); • “Ciência do Cuidar: Doação e Transplantação de Órgãos” (Anexo R); • “Cuidar com Consciência – Ética e Deontologia em Reflexão - Parte 1” (Anexo S); • “Cuidador Informal” (Anexo T); • “Lesões associadas ao posicionamento cirúrgico” (Anexo U); • “Telereabilitação” (Anexo V); • “Ética e Deontologia na prática: Responsabilidades e Responsabilização” (Anexo W).
Participação como formadora em serviço	• Apresentação do Projeto sobre a Dinamização de uma Sala de Atividades num serviço de medicina interna (Anexo A); • Apresentação em serviço da <i>scoping review</i> “Qual a influência da “ISBAR” na qualidade dos cuidados à pessoa em hospitalização?” (Anexo Z).
Investigação Científica	• Resumo do projeto “Contributos do EEER para a Promoção da Funcionalidade no Internamento de Medicina Interna: Dinamização de uma Sala de Atividades” (Apêndice F); • Resumo do estudo de caso “Contributos de ER à pessoa com doença respiratória restritiva aguda associada a Insuficiência Cardíaca” (Apêndice H); • Contributos para a realização do estudo de caso “Intervenção de enfermagem de reabilitação na pessoa idosa submetida a cirurgia abdominal com intolerância à atividade” (Apêndice J); • Realização da <i>scoping review</i> “Qual a influência da “ISBAR” na qualidade dos cuidados à pessoa em hospitalização?” (Apêndice N);

Apresentação de Comunicações	• Comunicação livre do projeto “Contributos do EEER para a Promoção da Funcionalidade no Internamento de Medicina Interna: Dinamização de uma Sala de Atividades” (Anexo C); • Comunicação oral do estudo de caso “Contributos de ER à pessoa com doença respiratória restritiva aguda associada a Insuficiência Cardíaca” (Anexo E); • Contributos para a comunicação oral do estudo de caso “Intervenção de enfermagem de reabilitação na pessoa idosa submetida a cirurgia abdominal com intolerância à atividade” (Anexo F).
Participação em Jornadas	• Participação nas 1as Jornadas do Núcleo de ER da ULS Santa Maria (Anexo B); • Participação nas I Jornadas do Núcleo de ER da ULS Baixo Alentejo (Anexo D).

Fonte: Autoria própria

5.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A área de atuação da ER estende-se a múltiplos cenários, tanto a nível hospitalar como comunitário, acompanhando a pessoa nas diferentes etapas e momentos de transição ao longo do seu percurso vital, podendo ser conceptualizado como um processo dinâmico e construtivo, iniciado nas intervenções preventivas precoces, manifestando-se desde as fases iniciais de patologia ou acidente, prolongando-se pelo período de convalescença e integrando a reorganização global da pessoa face a uma nova condição de vida. Tal enquadramento constitui um fundamento estruturante para a definição de estratégias orientadas para o suporte contínuo de pessoas com necessidades específicas ao longo de todo o ciclo vital (Pestana, 2016).

A reabilitação constitui um processo abrangente, ativo e ininterrupto, centrado na pessoa ao longo do seu percurso vital e nos contextos sociais em que se insere, com a finalidade de corrigir, preservar ou potenciar as capacidades funcionais, com a máxima celeridade possível, permitindo o desempenho de atividades consideradas normais e alinhadas com o projeto de vida de cada pessoa. Deste modo, o EEER assume como primordial maximizar a “funcionalidade, autonomia e satisfação, preservando a sua autoestima”, prevenindo riscos potenciais e complicações adjacentes a todo o processo (Pestana, 2016, p. 49).

A ER configura-se como um domínio de intervenção consolidado e reconhecido, orientado para proporcionar respostas adequadas às necessidades concretas e às novas exigências de cuidado da pessoa e da sociedade. Neste contexto, a ER evidencia uma preocupação centrada no próximo, não se limitando à avaliação da incapacidade, mas promovendo a aceitação da nova condição de vida pela própria pessoa. A ER evidencia um compromisso profundo com a pessoa, oferecendo-lhe apoio ao longo da sua vida, ainda que a recuperação física e o restabelecimento da normalidade nem sempre sejam possíveis,

adotando uma perspetiva holística que reconhece a totalidade do ser humano e valoriza a sua capacidade de participação ativa (Pestana, 2016).

O aprofundamento do saber científico do EEER revela-se impreterível para estimular a capacidade e autonomia da pessoa no autocuidado, permitindo-lhe adquirir habilidades e desenvolver as atividades indispensáveis à gestão eficiente da sua nova condição de vida, isto é, promovendo uma transição saudável (Santos, 2016).

De igual forma, o EEER, com uma intervenção especializada, promove a otimização e “recuperação funcional motora, sensitiva, cognitiva, cardiorrespiratória, da comunicação, da alimentação, da eliminação e da sexualidade” da pessoa, capacitando-a perante qualquer patologia de carácter agudo ou crónico que manifeste “défices funcionais do foro respiratório, ortopédico, musculoesquelético, cardiovascular e neurológico” (Pestana, 2016, pp. 49-50).

Assim, como é expectável deste percurso académico, requer-se do EEER a aquisição de competências específicas da especialidade, que se subdivide em 3 principais domínios, que se aprofundam de seguida.

A primeira competência específica do EEER denomina-se **“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, p. 13566).

Dada a diversidade dos contextos de estágio, houveram diversas oportunidades de aquisição e desenvolvimento desta competência no que toca às intervenções de ER do foro cardiorrespiratório, neurológico e ortopédico/ortotraumatológico, inseridos tanto em serviços de internamento hospitalar, como no caso do SRA ou ainda em contexto domiciliário.

Para a aquisição desta competência, tornou-se relevante a elaboração e implementação de planos de cuidados especializados em ER completos, com um adequado planeamento, intervenção e avaliação de resultados, considerando as necessidades individuais de cada pessoa ao longo do seu ciclo vital no decorrer dos estágios. Neste sentido, pretendeu-se sempre potenciar o autocuidado e autonomia da pessoa, sendo um elemento facilitador de todas as transições com as quais a pessoa e família/cuidador se deparam. Assim, foi importante também avaliar os ganhos em saúde resultantes da nossa intervenção, ajustando-a conforme as necessidades quando necessário e sempre sob a supervisão e contributos do enfermeiro orientador.

Seguindo a metodologia do processo de enfermagem é possível proceder a um plano de cuidados de ER adequado e individualizado à pessoa e às suas necessidades.

Primeiramente, é fundamental realizar uma avaliação detalhada da funcionalidade, com uma colheita de dados pertinente e holística, através da observação e/ou entrevista, antecipando necessidades e/ou potenciais limitações da pessoa e do seu meio envolvente, identificando comportamentos de risco, possíveis barreiras arquitetónicas do domicílio, bem como diagnosticar e identificar focos para a nossa intervenção especializada.

A aplicação de instrumentos de avaliação adequados à situação mostrou-se bastante benéfica para uma avaliação diagnóstica inicial das necessidades da pessoa. Embora nem sempre seja prática requerida em todos os locais de estágio, a utilização destas ferramentas manifesta a sua utilidade por conseguirem mensurar ganhos e monitorizar a evolução de determinado(s) fator(es) num contexto específico. No decorrer dos estágios foi possível utilizar diversos instrumentos de avaliação, tais como: GCS, MMSE e LCFS (avaliação da função cognitiva), MRC (avaliação da força muscular), Escala modificada de *Barthel* (avaliação das AVD), Escala de *Borg* Modificada (avaliação da dispneia), Escala de Equilíbrio de *Berg* (avaliação do equilíbrio), MIF (avaliação da funcionalidade), Escala Modificada de *Ashworth* (avaliação do tônus muscular), Goniometria (avaliação da amplitude de determinada articulação), Escala de *Guss* (avaliação da deglutição), *QuickDASH* e *ULFI* (avaliação da funcionalidade do MS), Classificação Funcional da Marcha de *Holden* (avaliação do grau de dependência na marcha), entre outras.

De igual modo, é pertinente seguir com um planeamento da intervenção especializada sobre os focos identificados, promovendo a criação de mecanismos de *coping* para a adaptação à condição atual, de acordo com a pessoa, os seus objetivos e o seu projeto de vida, incluindo a reintegração no seio familiar e social.

Esta etapa foi realizada em conjunto com os enfermeiros supervisores, planeando de forma adequada e individualizada os cuidados especializados, indo ao encontro das necessidades e expectativas (sempre que possível) da pessoa. Neste aspeto é pertinente negociar com a pessoa os cuidados a prestar estabelecendo objetivos concretos, atuando como um elemento facilitador de todas as transições com as quais a pessoa e família se deparam, como é o caso da preparação para a alta, possível adaptação do domicílio e/ou prescrição de produtos de apoio.

Segue-se a implementação das intervenções previamente planeadas a fim de “otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação e eliminação” (Regulamento n.º 392/2019, p. 13567), adaptando a intervenção especializada à condição da pessoa no momento, identificando sinais de alerta e avaliando o a receptividade e compreensão da pessoa dos cuidados, o que comprova a capacidade de adaptação e flexibilidade do EEER.

Nesta implementação prática das intervenções de ER, é primordial potenciar a autonomia, a funcionalidade e a adaptação efetiva da pessoa à nova realidade, promovendo uma transição de cuidados segura e eficaz.

Nesta fase é especialmente diferenciador o efeito da experiência na prestação de cuidados especializados, uma vez que a técnica dos enfermeiros orientadores era realizada com destreza superior, tal como seria expectável e um bom indicativo de qualidade. Desta forma, foi-me possível aprender e vivenciar experiências enriquecedoras e proveitosas que

adquiri e desenvolvi no decorrer dos estágios, que continuarei a desenvolver na minha prática profissional. Não só a questão técnica, mas também outros tipos de intervenções são pertinentes, como é o caso dos ensinamentos à pessoa e família/cuidador sobre as mais variadas áreas, revelando uma vez mais a faceta holística do EEER.

Por fim, é primordial uma avaliação dos resultados das intervenções de ER implementadas monitorizando a evolução da pessoa, seja através da aplicação dos instrumentos de avaliação, seja com a avaliação clínica. Perante a análise da informação pertinente (o cumprimento dos objetivos estabelecidos, eficácia das intervenções, *feedback* da pessoa, etc.), é necessário adequar os planos de cuidados consoante resultados obtidos.

Como sabemos, todas estas etapas estão correlacionadas, formando um processo cíclico e eficiente, procurando a evolução constante da atuação do EEER.

A segunda competência específica do EEER intitula-se **“Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania”** (Regulamento n.º 392/2019, p. 13566).

Primeiramente referir que a UC de ER na Comunidade foi pertinente para a aquisição desta competência, principalmente no que toca à reinserção social e exercício da cidadania.

A análise do processo de capacitação pode ser estruturada com base no enquadramento das necessidades humanas fundamentais. No contexto da vida diária, as pessoas mobilizam o conhecimento segundo uma lógica prática, orientada para a satisfação das múltiplas necessidades com as quais se confrontam. Por conseguinte, a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências emergem, usualmente, como resposta direta a estas exigências (Reis & Bule, 2016).

Neste sentido, o processo de capacitação implica que a pessoa reconheça os benefícios potenciais associados à transição, ao mesmo tempo que consolida uma crença sustentada na sua própria eficácia para executar as ações indispensáveis à consecução dos resultados exequíveis (Reis & Bule, 2016).

Nesta competência também é preconizada a elaboração e implementação de programas de treino de AVD, com adaptações às limitações da mobilidade da pessoa, mas potenciando a sua autonomia e qualidade de vida, promovendo a acessibilidade e a participação social.

A fim de alcançar ganhos em saúde para a autonomia e independência da pessoa na realização das AVD, foi fundamental a sua capacitação em todas as vertentes requeridas, assim como o ensino e treino para a utilização de produtos de apoio, consoante as necessidades, e a promoção de um ambiente seguro, através da eliminação de barreiras arquitetónicas e da diminuição de fatores de risco. Tudo isto permite a prevenção dos danos decorrentes do internamento, bem como a readaptação da pessoa e família/cuidador à nova realidade e uma maior qualidade de vida.

Deste modo, ao longo dos estágios foram implementados programas de ER para a capacitação da pessoa em casos de défices a nível motor, cardiorrespiratório, sensorial, cognitivo e do autocuidado, abrangendo as necessidades de cada pessoa, individualizando os programas de intervenção vocacionados para programas de promoção da mobilidade (mobilização precoce passiva e ativa-assistida, treino de marcha, exercícios musculoesqueléticos, treino de equilíbrio e correção postural, etc.), RFR, estimulação sensorial e cognitiva e treino de AVD. Todos os mencionados programas foram ajustados às potenciais limitações e tolerância da pessoa. Mais especificamente no treino de AVD, realço a pertinência da adoção de estratégias adaptativas que reorganizassem o processo de execução de determinada ação, do ajuste ergonómico na disposição dos materiais em relação à pessoa e da estimulação da pessoa a exercer a sua autonomia, agindo como método de encorajamento para a aquisição e desenvolvimento de capacidades que se encontrassem debilitadas.

Para tal, foi comum a utilização de produtos de apoio e dispositivos de compensação disponibilizados nos serviços, adequando às necessidades da pessoa em cada situação específica e, quando não possível, providenciando informação pertinente para contornar dificuldades de aquisição e/ou estratégias adaptativas. Isto também se aplicou à eliminação/adaptação das barreiras arquitetónicas no domicílio e possíveis apoios sociais consoante a necessidade e possibilidade.

Embora na atualidade seja vasta a oferta de produtos de apoio (independentemente da sua possibilidade ou não de aquisição), a capacitação da pessoa e a promoção de novos mecanismos de *coping* são prioritários para o exercício do autocuidado, da funcionalidade e da autonomia em diversos contextos, incluindo a preparação para a alta, bem como o desenvolvimento da capacidade de resiliência perante as dificuldades e desafios práticos, burocráticos e coletivos que a sociedade nos apresenta.

De igual modo, a implementação do PER (associado ao PIP) nos locais de estágio constituiu-se como uma das formas para adquirir e desenvolver esta competência, dado que objetiva a promoção da funcionalidade do MS do adulto, algo tão pertinente e essencial para a realização de AVD, promovendo a autonomia e, como consequência, maximizando a qualidade de vida da pessoa.

A terceira e última competência específica do EEER denomina-se “**Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa**” (Regulamento n.º 392/2019, p. 13566).

É sempre importante a pessoa conseguir alcançar o seu máximo potencial funcional no âmbito da sua autonomia e capacidades, pelo que justifica o desenvolvimento de programas para cada área de intervenção, com especial ênfase em programas de treino motor e cardiorrespiratório. Certo é que, em conjunto com o treino de AVD, estas foram as áreas de

ER mais exploradas em contexto de estágio. Como já mencionado previamente neste capítulo, o processo de enfermagem é determinante para organizar a intervenção do EEER, através de uma avaliação detalhada, estabelecendo objetivos pertinentes e alcançáveis, da implementação de intervenções de ER enquadradas nos programas de reeducação funcional nas diversas áreas, bem como de uma avaliação de resultados adequada, verificando a resposta aos objetivos propostos e, se necessário, procedendo a reformulações perante novos dados e/ou a evolução da pessoa, a fim de reajustar planos de cuidados, em conjunto com a pessoa, que potenciem a funcionalidade e a qualidade de vida.

A implementação do PER assumiu-se como um fator benéfico para a aquisição desta competência, uma vez que enfatiza o sentido da maximização funcional da pessoa, potenciando as suas capacidades, conforme todas as exigências requeridas pelo processo de enfermagem e integradas na ER.

Este processo é comprovado pelo registo nos planos de cuidados de ER, permitindo monitorizar a evolução funcional da pessoa, bem como da nossa atuação como profissionais, adequando intervenções e estratégias positivas para obter ganhos em saúde e cumpriu com os objetivos estabelecidos conjuntamente com a pessoa. Neste sentido, a utilização da linguagem CIPE permite uma avaliação de resultados eficaz, a continuidade dos cuidados e uma transmissão de informação coerente por toda a equipa, o que influencia a qualidade dos cuidados prestados.

Deste modo, considero apropriado enquadrar a temática relativa aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ER. Este documento criado pelo Colégio da Especialidade de ER, tenciona assegurar que os padrões de qualidade dos cuidados de ER se mantêm atualizados e pertinentes, primando pela segurança da pessoa e pela evolução contínua, reflexiva e constante procura pela excelência na prestação de cuidados especializados. Salienta-se como visão e missão a necessidade do EEER dar resposta à transição da pessoa no seu processo de saúde/doença ou incapacidade, preparando-a para alcançar a maior autonomia possível, ao longo de todo o ciclo vital e perante todas as suas vertentes, tais como no regresso ao domicílio ou na reintegração social. Neste sentido, pretendendo explicitar o papel do EEER perante a pessoa, os pares, a comunidade e a sociedade, e acrescentando aos padrões de qualidade dos enfermeiros de cuidados gerais, foram identificadas oito categorias de enunciados descritivos, nomeadamente: “a satisfação do cliente; a promoção da saúde; a prevenção de complicações; o bem-estar e o autocuidado; a readaptação funcional; a reeducação funcional; a promoção da inclusão social; a organização dos cuidados de enfermagem” (OE, 2018, pp. 9-16).

Compete aos EEER assumir a incumbência da melhoria contínua e permanente do seu desempenho profissional, de modo a assegurar que a dignidade intrínseca da pessoa, núcleo

central dos cuidados e fundamento de toda a intervenção, constitua o princípio orientador decisivo e inalienável da prática de cuidados especializada (Pestana, 2016).

O EEER “deve assegurar na sua prática, a especificidade da natureza dos cuidados de ER adequados às necessidades reais e potenciais da pessoa ou grupo, suportadas na evidência científica, na ética e deontologia profissional”, garantido assim cuidados especializados de qualidade (Pestana, 2016, p. 52).

5.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE

Este tipo de competências surge da necessidade em complementar as Competências Comuns do EE e as Competências Específicas do EEER, sendo, neste caso, ajustadas por forma a corresponder ao enquadramento do Mestrado em Enfermagem relativo à área de especialização em ER.

As competências que conferem o grau de Mestre constam no Decreto-Lei nº 65/2018, nº1 do artigo 15º do Capítulo III, p. 4162, que se segue:

“a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação; b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo; c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.”

Este curso de Mestrado em Enfermagem, com área de especialização em ER, foi subdividido em diversas fases, principiando pela fase teórica, que integrou a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos transversais às diferentes áreas de especialização em enfermagem e, ainda, conhecimentos específicos da área de ER. Seguiu-se a mobilização e aplicação destes conhecimentos teóricos para o âmbito de estágio, trasladando para a prática a implementação do processo de enfermagem direcionado para a ER, culminando com a elaboração do presente documento.

Tratando-se de um percurso evolutivo, caracterizado por uma aprendizagem permanente e orientado para aprimorar saberes especializados no domínio da ER, poder-se-á aferir que, no decurso dos estágios, as atividades e intervenções implementadas revelaram-se determinantes para o desenvolvimento e consolidação das competências inerentes ao grau de Mestre.

Na alínea a) pode-se enquadrar a elaboração do PIP relativo à promoção da funcionalidade do MS do adulto, no qual foi possível aprofundar conhecimentos previamente adquiridos, bem como planejar e aplicar um programa de ER direcionado para a temática selecionada, recorrendo à investigação científica. Neste ponto, poder-se-ão englobar a revisão sistemática da literatura, presente neste relatório, e toda a pesquisa bibliográfica realizada, a qual é parte integrante não só do decorrer do curso, mas também de uma procura pela evolução profissional e pela prática baseada na evidência. Estes aspetos são suportes importantes que contribuem para um papel preponderante por parte do EEER nas equipas multidisciplinares, promovendo uma partilha de conhecimentos e experiências frutíferas para a melhoria contínua da prestação de cuidados especializados e, por conseguinte, da qualidade de vida das pessoas a quem são prestados.

As alíneas b) e c) estão correlacionadas, sendo exemplificação prática a prestação de cuidados especializados em contexto de estágio, nos quais foram comuns os momentos de necessidade em saber aplicar e ter capacidade para gerir situações complexas, agindo em conformidade para solucionar enredos desafiantes. Para tal, e como já é hábito próprio, a reflexão crítica diária sobre a identificação de pontos fortes, oportunidades de melhoria e pontos com margem de progressão elevada, foi constante (seja com o enfermeiro orientador ou com a equipa), a fim de privilegiar a otimização de resposta e qualidade dos cuidados especializados prestados. O desenvolvimento de um raciocínio crítico e reflexivo dos cuidados permite uma evolução, adaptação e flexibilidade pessoal perante todo e qualquer processo de aprendizagem que se requer no quotidiano da vida profissional.

Sendo o EEER um agente de referência na equipa, pode-se afirmar que a habilidade da liderança prima por saber avaliar com exatidão casos de elevada complexidade e exigência, mobilizando discernimento crítico, capacidade de tomada de decisão fundamentada e competência na gestão ética e relacional dos diferentes elementos. Estas aptidões são frequentes na área de enfermagem, pelo que foram desenvolvidas com um nível mais aprimorado na prestação de cuidados diária em âmbito de estágio, procurando solucionar desafios práticos na gestão de recursos e na organização do serviço, promovendo a eficiência, qualidade e excelência dos cuidados especializados.

Tal como mencionado na alínea d), é também necessária uma análise e reflexão dos resultados obtidos, bem como a sua partilha de conhecimentos e experiências com a restante equipa. A fim de potenciar a continuidade e qualidade dos cuidados prestados, os planos de intervenção especializada eram abordados com o enfermeiro responsável pela prestação de cuidados gerais à pessoa, assim como com a restante equipa, por forma a otimizar o tempo, organizar os cuidados e garantir a segurança da pessoa. Para tal, requer-se uma comunicação e transmissão de informação eficaz e objetiva, focada na melhoria da qualidade de cuidados de saúde na globalidade. Também é possível incluir nesta alínea a formação em

serviço, neste caso, entre pares, de modo a promover a atualização de novas estratégias e a prática baseada na mais recente evidência científica.

Por fim, na última alínea e), está patente a necessidade de evolução profissional e formação contínuas, objetivadas por uma proatividade constante demonstrada ao longo de todo o curso e, em especial, nos estágios. De facto, sempre foi natural manifestar iniciativa e interesse em aprender e explorar oportunidades de evolução, contando com o apoio, orientação e *feedback* positivo dos enfermeiros supervisores, promovendo a partilha de conhecimentos e aptidões práticas sobre a ER nas mais variadas vertentes. A participação em formação externa, como *workshops*, *webinars*, jornadas, elaboração de projetos e criação de produção científica são também exemplos da procura autónoma e incessante pelo progresso, refletindo um compromisso contínuo com o aprimoramento profissional, a atualização de conhecimentos e a excelência na prática de cuidados.

A conferência do grau de Mestre implica um dever acrescido na prática de cuidados especializados de qualidade, sendo que se prevê um aprofundamento de saberes e aptidões vocacionados para a área de ER, através de formação atualizada, potenciando o desenvolvimento profissional permanente, bem como a participação em iniciativas que promovam a implementação de novas práticas e a disseminação do saber.

Pelo acima exposto, considera-se que, através das atividades realizadas no âmbito do Curso de Mestrado com especialização em Enfermagem de Reabilitação, foram alcançados os níveis de competência previstos para aquisição do título de Mestre em Enfermagem.

CONCLUSÃO

Como tónica final do Relatório, torna-se pertinente realizar uma reflexão sobre todo este processo.

A elaboração do presente documento possibilitou a mobilização e integração do conhecimento técnico-científico adquirido durante a componente teórica do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em ER, oferecendo a possibilidade de proceder a uma análise crítica, reflexão fundamentada e descrição do processo de aquisição e desenvolvimento de competências, mais especificamente das Competências Comuns do EE, das Competências Específicas do EEER e das competências associadas ao grau de Mestre em Enfermagem.

A caracterização dos diversos contextos de estágio permitiu explorar os locais da prática clínica, conhecendo outras realidades, algumas tão díspares da minha realidade atual, e englobando os cuidados especializados prestados à população de todo o país.

Igualmente, a integração e a análise de dois referenciais teóricos de reconhecida relevância na disciplina de enfermagem, nomeadamente os propostos por Afaf Meleis e Dorothea Orem, contribuiu para a consolidação do presente relatório, orientando também a prática de cuidados especializados. A inclusão destes modelos teóricos permitiu aprofundar a compreensão dos processos vivenciados pela pessoa em situação de transição e das necessidades relacionadas com o autocuidado, constituindo, assim, um suporte científico fundamental para a tomada de decisão clínica. Neste sentido, a utilização destes referenciais favoreceu uma prática de cuidados de ER mais estruturada, reflexiva e fundamentada, permitindo sustentar a atuação especializada com base em pressupostos teóricos sólidos. Consequentemente, reforça-se a consistência entre o conhecimento científico e a prática clínica, promovendo intervenções mais adequadas às necessidades da pessoa e contribuindo para a qualidade e efetividade dos cuidados prestados no âmbito da ER.

Seguidamente, o enquadramento da temática, seja com uma compreensão mais aprofundada da TE, seja através da revisão sistemática da literatura relativa às intervenções mais eficientes para a reabilitação do MS da pessoa adulta e idosa, foram oportunidades particularmente enriquecedoras para o desenvolvimento de competências e aquisição de novos conhecimentos numa área tão interessante. Este processo permitiu não só consolidar saberes teóricos sustentados na evidência científica mais atual, como também desenvolver competências de análise crítica da literatura, fundamentais para uma prática clínica baseada na evidência. Paralelamente, possibilitou uma maior compreensão das diferentes abordagens terapêuticas disponíveis no âmbito da reabilitação do MS, contribuindo para uma tomada de decisão mais fundamentada e para a implementação de intervenções mais adequadas às necessidades funcionais da pessoa. Dessa forma, esta metodologia revelou-se determinante

para o aprofundamento do conhecimento especializado e para o reforço da qualidade da prática em ER.

Quanto ao PIP, o planeamento, a implementação, a obtenção dos resultados e sua discussão constituíram um método profícuo para abordar a intervenção do EEER nas diversas áreas de interesse, integrando todas as etapas inerentes ao desenvolvimento de um projeto em contexto clínico. Este projeto permitiu não só consolidar competências ao nível da investigação e da prática baseada na evidência, como também reforçar a importância da avaliação sistemática dos resultados das intervenções implementadas. Deste modo, contribuiu para o desenvolvimento de uma prática especializada mais reflexiva e orientada para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados especializados prestados. Simultaneamente, favoreceu a aquisição de competências essenciais para a conceção e implementação futura de projetos no âmbito da ER.

Adicionalmente, foram descritas e analisadas as atividades desenvolvidas ao longo dos estágios, enquanto contextos privilegiados para a consolidação e aperfeiçoamento das referidas competências. Estes contextos clínicos proporcionaram oportunidades relevantes para a aplicação prática do conhecimento adquirido, favorecendo o desenvolvimento do pensamento crítico e da capacidade de tomada de decisão válida para a futura prestação de cuidados especializados.

Todo o acima exposto comprova que foram atingidos os objetivos propostos inicialmente, através da caracterização dos diferentes contextos da prática clínica de cuidados, da apresentação do PIP de ER na área da promoção da funcionalidade do MS do adulto, da análise dos resultados obtidos através da implementação do PIP, bem como da demonstração dos dados que evidenciam os ganhos das intervenções de ER implementadas, da justificação do desenvolvimento de competências específicas de ER para a prestação de cuidados à pessoa com compromisso da funcionalidade na área cardiorrespiratória, neurológica e ortopédica/ortotraumatológica e, por fim, da identificação e reflexão sobre o processo de aquisição de competências comuns do EE, competências específicas do EEER e competências do grau de Mestre em Enfermagem.

Note-se que todo este processo, revelou-se benéfico para a conquista de uma positiva e constante evolução profissional e pessoal.

Neste sentido, parece-me pertinente mencionar o artigo 110.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Assembleia da República, 2024), o qual se segue:

- “O enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de:
- a) Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade;
 - b) Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa.”

Embora já fossem aspetos latentes da minha prática de enfermagem pessoal como enfermeira de cuidados gerais, no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem, este artigo assume outros contornos, mais profundos e determinantes, principalmente na área de especialização de ER.

A humanização dos cuidados de enfermagem, especificamente, dos cuidados de ER, assume um papel basilar na atuação da disciplina e no cuidar. No mundo tão dissociado no qual nos encontramos torna-se demasiado fácil e regular a banalização do que refere este artigo. Não obstante, recuso render-me perante a escuridão! Tal como refere Renaud (2010, p.6), “o bem propaga-se, difunde-se, lança um chamamento que suscita ecos nos outros e chega a transformá-los”. Por muito que não consigamos mudar a desumanização de outros, a verdade é que podemos sempre mudar a nossa. Significa isto que manter-nos fiéis aos nossos propósitos éticos profissionais e pessoais também é lutar pelas pessoas de quem cuidamos.

Sinto que posso manifestar que a realização deste curso fez de mim melhor enfermeira e espero que melhor pessoa. É com um sentimento de felicidade que escrevo estas palavras, mas ciente da necessidade de continuar a desenvolver valores como a assertividade e tenacidade que requer a Enfermagem e a Enfermagem de Reabilitação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aksan Sadikoglu, B., Analay Akbaba, Y., & Taskiran, H. (2022). Effects of ischemic compression and instrument-assisted soft tissue mobilization techniques in trigger point therapy in patients with rotator cuff pathology: randomized controlled study. *Somatosensory & motor research*, 39(1), 70–80. <https://doi.org/10.1080/08990220.2021.2005015>;
- Alves, A. J. M., Souza, M. V., Noveletto, F., Soares, A. V., & Eichinger, F. L. F. (2023). Move Bit: Um jogo sério que melhora a função motora do membro superior de hemiparéticos por AVC. *Revista Neurociências*, 31, 1–28. <https://doi.org/10.34024/rnc.2023.v31.14682>;
- American College of Sports Medicine. (2022). *Guidelines for exercise testing and prescription* (11ª ed.). Wolters Kluwer;
- American Psychological Association. (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association* (7ª ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>;
- Apóstolo, J. L. (2012). Instrumentos de Avaliação em Geriatria (Geriatric Instrumens). In *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*;
- Assembleia da República. (2024). Lei n.º 8/2024, de 19 de janeiro: Alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, I Série* (14). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/8-2024-837135328>;
- Barbosa, E. V., Chagas, W. O. R., & Fontes, P. A. dos S. de. (2025). O impacto do treinamento de força na capacidade funcional e qualidade de vida de idosos sedentários: Uma revisão bibliográfica. *Research, Society and Development*, 14(10), e43141049683. <https://doi.org/10.33448/rsd-v14i10.49683>;
- Bass, A., Aubertin-Leheudre, M., Vincent, C., Duclos, C., & Gagnon, D. H. (2024). Upper limb muscle strength and wheelchair-related abilities following an exoskeleton-assisted walking programme in individuals with chronic spinal cord injury: An exploratory study. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 56, jrm19461. <https://doi.org/10.2340/jrm.v56.19461>;
- Beaton, D. E., Wright, J. G., Katz, J. N., & The Upper Extremity Collaborative Group. (2005). Development of the QuickDASH: Comparison of three item-reduction approaches. *The Journal of Bone & Joint Surgery*, 87(5), 1038–1046. <https://doi.org/10.2106/JBJS.D.02060>;
- Bim, M. A., Pedrozo, S. C., Balduino, D., & Antes, D. L. (2020). Efeitos de um programa de exercícios físicos na composição corporal e aptidão física de idosos. *Vivências*, 17(32), 269–282. <https://doi.org/10.31512/vivencias.v17i32.159>;
- Brennan, M. M. (2024). Movement is muscle in hospitalized adults. *Geriatric Nursing*, 55, 373–375. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2023.11.015>;
- Caetano, E. B., Andrade, A. M. de, Morad, J. F. M., & Bonito, H. C. (2015). Movimento de oponência do polegar: Considerações anatômicas. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 17(3), 128–130;

- Castro, P. de O. e, Martins, M. M. F. P. da S., Couto, G. M. A. do, & Reis, M. G. (2018). Terapia por caixa de espelho e autonomia no autocuidado após acidente vascular cerebral: Programa de intervenção. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(17), 95–110. <https://doi.org/10.12707/RIV17088>;
- Cetin, S. Y., Yardim, S., Dogan, M., Uçmak, G. S., Kara, O. K., & Ayan, A. (2025). The effects of technology-based rehabilitation in rheumatic diseases with hand involvement: A single-blind randomized controlled trial. *Games for Health Journal: Research, Development, and Clinical Applications*, 14(4), 332–343. <https://doi.org/10.1089/g4h.2024.0164>;
- Coelho, C., Barros, H., & Sousa, L. (2016). Reeducação da Função Sensoriomotora. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa (Ed.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 227–251). Lusodidacta;
- Colantonio, E., Machado, C. E. P., & Mello, M. T. de. (2022). A individualidade biológica e sua relação com o treinamento. In M. Vaisberg & M. T. de Mello (Ed.), *Exercícios na saúde e na doença* (pp. 399–404). Manole;
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2019). *CIFE® Versão 2019 – classificação internacional para a prática de enfermagem*. Loures: Lusodidacta;
- Correa, L. P., Bento, T. P. F., Guariglia, D. A., Rodrigues, G. F., & De Conti, M. H. S. (2022). Efeito do treinamento funcional na dor e capacidade funcional de mulheres idosas. *Fisioterapia em Movimento*, 35, e35149.0. <https://doi.org/10.1590/fm.2022.35149.0>;
- Cruz-Montecinos, C., López-Bueno, L., Núñez-Cortés, R., López-Bueno, R., Suso-Martí, L., Mendez-Rebolledo, G., Morral, A., Andersen, L. L., & Calatayud, J. (2025). Dual-task resistance training improves strength and reduces pain more than resistance exercise alone in elbow fracture rehabilitation: A randomized controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 106(8), 1155–1162. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2025.01.419>;
- Decreto-Lei n.º 102/2023 do Ministério da Saúde. (2023). *Diário da República, I Série*, nº 215, 4-20. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>;
- Decreto-Lei n.º 172-A/2014 do Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social. (2014). *Diário da República, I Série*, (221), 5882-(2)–5882-(26). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/172-a-2014-58900566>;
- Decreto-Lei n.º 65/2018 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2018). *Diário da República, I Série*, n.º 157/2018, 4147-4182. <https://files.dre.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>;
- Demirci, F. S., Menek, B., Atilgan, E., & Tarakci, D. (2024). Investigation of the effects of a short opponens splint and structured hand exercise program in computer engineers with wrist pain: a randomized controlled trial. *International journal of occupational safety and ergonomics: JOSE*, 30(1), 185–193. <https://doi.org/10.1080/10803548.2023.2284516>;

- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Norma n.º 015/2013 de 03/10/2013, atualizada a 04/11/2015: Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013-pdf.aspx>;
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Direção-Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>;
- Doussoulin, A., Rivas, C., Rivas, R., & Saiz, J. (2018). Effects of modified constraint-induced movement therapy in the recovery of upper extremity function affected by a stroke: a single-blind randomized parallel trial-comparing group versus individual intervention. *International journal of rehabilitation research. Internationale Zeitschrift fur Rehabilitationsforschung. Revue internationale de recherches de readaptation*, 41(1), 35–40. <https://doi.org/10.1097/MRR.0000000000000257>;
- Enríquez-Canto, Y., Pizarro-Mena, R., Ludueña-Hernández, K., Alexandre-Vergara, K., Riveros-Basalto, G., & Dresdner-Figueroa, A. (2025). Use of Virtual Reality in Upper Extremity Rehabilitation of Adults After Stroke and Its Effect on Functionality: Systematic Review and Meta-Analysis. *Physical therapy*, 105(9), pzaf103. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzaf103>;
- Feijó, G. M. da S., & Santos, R. V. dos. (2020). Influência do tônus muscular na função do membro superior de indivíduos hemiparéticos. *Revista Neurociências*, 28, 1–20. <https://doi.org/10.34024/rnc.2020.v28.10911>;
- Fernández-Solana, J., Vélez-Santamaría, R., Moreno-Villanueva, A., Álvarez-Pardo, S., González-Bernal, J., Santamaría-Peláez, M., & González-Santos, J. (2025). Effect of mirror therapy versus cognitive therapeutic exercise on upper limb functionality, autonomy, and poststroke quality of life: A randomized trial. *American Journal of Occupational Therapy*, 79(5), 7905205150. <https://doi.org/10.5014/ajot.2025.050834>;
- Ferreira, J. P. da S., Dias, E. N., Ramos, M. C. M., Ramírez, E. G. L., Alves, L. N. D., & Tessarolo, M. M. M. (2025). Instrumentos de avaliação da qualidade do processo de enfermagem em pacientes adultos hospitalizados: Revisão de escopo. *Revista Aracê*, 7(3), 13862–13878. <https://doi.org/10.56238/arev7n3-216>;
- Fiusa, J. M., Fréz, A. R., & Pereira, W. M. (2015). Analysis after stabilometric proprioceptive exercises: A randomized controlled clinical study. *Journal of Human Growth and Development*, 25(1), 63–67. <https://doi.org/10.7322/jhgd.96769>;
- Freitas, C., Rodrigues, C., Pratas, L., & Almeida, S. (2021). Terapia de espelho na reabilitação do membro superior pós acidente vascular cerebral – estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 5(1). <https://doi.org/10.33194/rper.2021.192>;

- Gaspar, L., Loureiro, M., & Novo, A. (2021). Exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 12-18). Lidel;
- Gialanella, B., Comini, L., Gaiani, M., Olivares, A., & Scalvini, S. (2018). Conservative treatment of rotator cuff tear in older patients: A role for the cycloergometer? A randomized study. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 54(6), 900–910. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.18.05038-4>;
- Horoz, L., Cigdem-Karacay, B., & Cakmak, M.-F. (2024). Effect of Kinesio taping on edema and wrist functions in patients with distal radius fracture followed conservatively with a cast: A randomized controlled single-blinded study. *Journal of Hand Therapy*, 37(3), 479–488. <https://doi.org/10.1016/j.jht.2024.05.003>;
- Ibrahim, R., Abdullahi, A., Salihu, A. T., & Lawal, I. U. (2025). Intensity of task-specific training for functional ability post-stroke: Systematic review and meta-analysis. *Clinical rehabilitation*, 39(9), 1133–1155. <https://doi.org/10.1177/02692155251351906>;
- Instituto Nacional de Estatística. (2024). *Estatísticas da saúde: 2022*. <https://www.ine.pt/xurl/pub/439489924>;
- Instituto Nacional de Estatística. (2025a). *Estimativas de População Residente em Portugal 2024*. https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_destaque&DESTAQUESdest_boui=707078398&DESTAQUESmodo=2;
- Instituto Nacional de Estatística. (2025b). *Projeções da População Residente 2025–2100*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaque&DESTAQUESdest_boui=707257343&DESTAQUESmodo=2;
- Jiang, T., Yan, J., Li, X., Yang, M., Zhuang, Y., Ding, Z., Tan, M., Xia, S., Li, R., Wang, W., Chen, F., Xie, X., & Liu, W. (2025). tDCS Combined with CIMT for Post-stroke Upper Extremity Rehabilitation: A Systematic Review and Meta-Analysis. *NeuroRehabilitation*, 56(2), 97–112. <https://doi.org/10.1177/10538135241301692>;
- Joanna Briggs Institute. (2014). *JBI Grades of Recommendation*. The Joanna Briggs Institute;
- Kao, C. H., Chiang, S. L., Chou, L. W., Lin, C. H., Lu, Y. H., Lu, L. H., Wang, X. M., & Lin, C. H. (2022). Validation of Vibration Exercises on Enhancing Muscle Strength and Upper Limb Functionality among Pre-Frail Community-Dwelling Older Adults. *International journal of environmental research and public health*, 19(21), 14509. <https://doi.org/10.3390/ijerph192114509>;
- Kapandji, A. I. (2000). *Fisiologia articular – Esquemas comentados da mecânica humana* (Vol. 1, 5ª ed.). Guanabara Koogan;
- Kirkaya, A. C., Atici, E., Aydin, G., & Surenkok, O. (2025). Comparing the Effectiveness of Mulligan Movement with Mobilization and Proprioceptive Neuromuscular Facilitation

- Techniques in Rehabilitation of Rotator Cuff Syndrome: A Randomized Controlled Trial. *Indian journal of orthopaedics*, 59(11), 1969–1978. <https://doi.org/10.1007/s43465-025-01435-0>;
- Kisner, C., & Colby, L. A. (2015). *Exercícios terapêuticos: Fundamentos e técnicas* (6ª ed.). Manole;
- 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. 281-328). Lidel;
- Madhoun, H. Y., Tan, B., Feng, Y., Zhou, Y., Zhou, C., & Yu, L. (2020). Task-based mirror therapy enhances the upper limb motor function in subacute stroke patients: A randomized control trial. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 56(3), 265–271. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.20.06070-0>;
- Martins, A. G., Sousa, P. P., & Marques, R. M. (2022). O impacto da investigação-ação no desenvolvimento da enfermagem: Mapeamento das teses de doutoramento em Portugal. *Cadernos de Saúde*, 14(2), 38–47. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2022.11420>;
- Martins, M. M., Ribeiro, O., & Ventura Da Silva, J. (2018). Orientações conceituais dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em hospitais portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(2), 42–48. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n2.02.4409>;
- McNally, S. T., Joseph, C., & Milne, S. C. (2025). Group versus individual delivery of upper limb intervention for adults post-stroke: A systematic review and meta-analysis. *Clinical rehabilitation*, 39(4), 423–436. <https://doi.org/10.1177/02692155251322999>;
- Menek, B., Ceylan, A., Tayboğa, U. İ., & Erayata, B. N. (2025). Effects of breathing exercises on pain and functionality in rotator cuff tears: A randomized controlled trial. *Karya Journal of Health Science*, 6(1), 7–13. <https://doi.org/10.52831/kjhs.1573977>;
- Ministério da Saúde. (2004). *Carta dos direitos do doente internado*. Direção-Geral da Saúde. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoSaude/Carta_Direitos_Doente_Internado.pdf;
- Ministério da Saúde. (2026a). *Instituição*. <https://www.ulsas.min-saude.pt/category/institucional/instituicao/>;
- Ministério da Saúde. (2026b). *Instituição*. <https://www.ulsmt.min-saude.pt/instituicao/>;
- Mota, I. G., Souza Rebouças, A. L. N., & Pereira, R. G. B. (2021). Os benefícios da terapia do espelho na redução da dor e da sensação fantasma em amputados de membros inferiores. *Revista Saúde dos Vales*, 1(1). [https://repositorio.alfaunipac.com.br/publicacoes/2020/544 os beneficios da terapia do espelho na reducao da dor e da sensacao fa.pdf](https://repositorio.alfaunipac.com.br/publicacoes/2020/544%20os%20beneficios%20da%20terapia%20do%20espeelho%20na%20reducao%20da%20dor%20e%20da%20sensacao%20fa.pdf);

- Novo, A., Mendes, E., Lopes, I., Preto, L., Loureiro, M., & Delgado, B. (2021). A atividade física e o exercício físico. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 76-81). Lidel;
- Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação de enfermagem*. Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Departamento de Enfermagem. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf;
- Oliveira, A. C., & Oliveira, M. A. (2024). Delírio pós-operatório. *Revista Médica de Minas Gerais*, 34, e-204824. <https://rmmg.org/artigo/detalhes/2048>;
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>;
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadrãoDocumental_EER.pdf;
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumentos de colheita de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf;
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8192/ponto4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer-1.pdf;
- Organização Mundial da Saúde. (2003). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: Classificação detalhada com definições*. Direcção-Geral da Saúde. <http://arquivo.es.e.ips.pt/es/cursos/edespecial/CIFIS.pdf>;
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *The BMJ*, 372(71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>;
- Patel, M., Serrada, I., & Hordacre, B. (2026). Does more rehabilitation lead to better upper limb outcomes after stroke? A systematic review. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*, 7. <https://doi.org/10.3389/fresc.2026.1753677>;

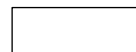
- Pereira, V. J. R., Polaco, R., Coelho, P., & Morgado, T. (2021). Tradução e adaptação transcultural da Rancho Los Amigos Levels of Cognitive Functioning Scale para português europeu. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(2), Artigo e174. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.174>;
- Pérez-Mármol, J. M., García-Ríos, M. C., Ortega-Valdivieso, M. A., Cano-Deltell, E. E., Peralta-Ramírez, M. I., Ickmans, K., & Aguilar-Ferrándiz, M. E. (2017). Effectiveness of a fine motor skills rehabilitation program on upper limb disability, manual dexterity, pinch strength, range of fingers motion, performance in activities of daily living, functional independency, and general self-efficacy in hand osteoarthritis: A randomized clinical trial. *Journal of hand therapy: official journal of the American Society of Hand Therapists*, 30(3), 262–273. <https://doi.org/10.1016/j.jht.2016.12.001>;
- Pestana, H. (2016). Cuidados de enfermagem de reabilitação: Enquadramento. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa (Ed.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 47–56). Lusodidacta;
- Petronilho, F., & Machado, M. (2016). Teorias de enfermagem e autocuidado: contributos para a construção do cuidado de reabilitação. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa (Ed.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 3–14). Lusodidacta;
- Preto, L., Conceição, M. C. D., Barreira, I. M. M., Fernandes, H., & Preto, P. M. B. (2023). Força de preensão manual, funcionalidade e doenças crónicas em idosos residentes na comunidade. In J. Ramos (Coord.), *Open Science Research XII* (pp. 345–355). Editora Científica Digital. <https://doi.org/10.37885/230713667>;
- Ramírez-Pérez, L., & Cuesta-Vargas, A. I. (2025). Effectiveness of therapeutic exercise program in shoulder instability: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Physiotherapy*, 27(6), 379–387. <https://doi.org/10.1080/21679169.2024.2449356>;
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). *Diário da República, II Série*, n.º 26, 4744-4750. <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>;
- Regulamento n.º 392/2019. (2019). *Diário da República, II Série*, n.º 85, 13565-13568. <https://files.dre.pt/2s/2019/05/085000000/1356513568.pdf>;
- Reis, G., & Bule, M. J. (2016). Capacitação e atividade de vida. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa (Ed.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 57–65). Lusodidacta;
- Renaud, I. (2010). O cuidado em enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 14(1), 2-8;
- Ribeiro, O., Moura, M. I., & Ventura, J. (2021). 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;
- Rosa, M. N., Gordo, S., Pocinho, R., & Marinho, R. (2021). Uso de um jogo de tabuleiro na reabilitação dos membros superiores de idosos institucionalizados em Portugal: Um estudo

- piloto quase-experimental. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*, 11(4), 657–670. <https://doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v11i4.3944>;
- Sahin, E. I., Cetin, S. Y., & Ayan, A. (2023). Investigation of the effects of upper extremity home exercises on grip strength, range of motion, activity performance, and functionality in individuals with systemic sclerosis: A randomized controlled trial. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 69(9), e20230252. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.20230252>;
- Sanders, E. (2025). Range of motion (ROM): A comprehensive overview. *Clinical Research on Foot & Ankle*, 13(1), 1000617;
- Santa Casa da Misericórdia. (2026a). *Instituição*. <https://hosa.scml.pt/sobre-nos/>;
- Santa Casa da Misericórdia. (2026b). *Instituição*. <https://cmra.scml.pt/sobre-nos/>;
- Santos, J., & Gonçalves, R. S. (2005). *Adaptação e validação do DASH – Outcome Measure Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand*. Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, Instituto Politécnico de Castelo Branco. https://dash.iwh.on.ca/sites/dash/public/translations/QuickDASH_Portuguese.pdf;
- Santos, L. L. (2016). O Processo de Reabilitação. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa (Ed.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 15–23). Lusodidacta;
- Santos, W. M. dos, & Costa, A. R. S. (2025). Importância da propriocepção nas entorses de tornozelo. *Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro*, 9, Article 3902. <https://doi.org/10.61164/rmnm.v9i1.3902>;
- Silva, R. C. da, Monteiro, E. R., & Mocarzel, R. C. da S. (2021). Effect of strength training on the functional capacity of active elderly: Systematic review. *Research, Society and Development*, 10(12), e47101220148. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i12.20148>;
- Takahasi, H. Y., Fidelis-de-Paula-Gomes, C. A., Gabel, C. P., & Dibai-Filho, A. V. (2021). Translation, cross-cultural adaptation and validation of the Upper Limb Functional Index (ULFI) into Brazilian Portuguese in patients with chronic upper limb musculoskeletal disorders. *Musculoskeletal Science and Practice*, 56, 102452. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2021.102452>;
- UNESCO. (2005). *Universal declaration on bioethics and human rights*. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000133171>;
- Vásquez-Carrasco, E., Jamett-Oliva, P., Fernandez-Cardenas, D., Hernandez-Martinez, J., Rodríguez-Pinto, C., Lopez-Andaur, R., Perez-Navarrete, P., Sandoval-Vásquez, C., & Valdés-Badilla, P. (2026). Effects of Occupational Therapy Intervention on Motor Function, Muscle Strength, and Pain in Adults With Hand Injuries: A Systematic Review With Meta-Analysis. *American Journal of Occupational Therapy*, 80(2), Article 8002205180. <https://doi.org/10.5014/ajot.2026.051437>;

- Ventura, J., Martins, M. M., Trindade, L. L., & Ribeiro, O. (2021). Processo de trabalho dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 28-33). Lidel;
- Vigia, C., Ferreira, C., & Sousa, L. (2016). Treino de atividades de vida diária. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa (Ed.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 351–363). Lusodidacta;
- Vilelas, J. (2020). *Investigação: O processo de construção do conhecimento* (3ª ed.). Edições Sílabo;
- Wieczorek, M. E., Souza, C. M., Klahr, P. S., & Rosa, L. H. T. (2020). Análise da associação entre força de preensão manual e funcionalidade em pessoas idosas da comunidade. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 23(3), e200214. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562020023.200214>;
- Wills, E. M. (2016). Grandes teorias da enfermagem baseadas nas necessidades humanas. In M. McEwen, & E. M. Wills (Orgs). *Bases Teóricas de Enfermagem* (pp. 133-161) (4ª edição). Porto Alegre: Artmed;
- Zagaro, G. de O. R., Sousa, G. C., Ferreira, G. T., & Santos, V. M. C. (2024). Terapia do espelho (TE) para membros superiores em pacientes pós-acidente vascular encefálico: Revisão de literatura. *Ciências da Saúde*, 28(139). <https://doi.org/10.69849/revistaft/fa10202410131836>;
- Zhang, B., Raguzzi, I. A., Dupuis, F., Gianola, S., Morgan-Daniel, J., Roy, J. S., & Pozzi, F. (2026a). Addressing Shoulder Weakness in Individuals With Rotator Cuff-Related Shoulder Pain: A Systematic Review With Meta-analysis. *The Journal of orthopaedic and sports physical therapy*, 56(2), 67–84. <https://doi.org/10.2519/jospt.2025.13445>;
- Zhang, T., Yan, H., Liu, Y., Tang, Y., Wang, S., Yang, Z., & Luo, Y. (2026b). The Intervention Effect of Serious Games on Upper Limb Motor Function and Activities of Daily Living in Stroke Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*, 27(3), 106064. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2025.106064>.

APÊNDICES

**APÊNDICE A – Atualização do Folheto: Recomendações para Utente Submetido a
Artroplastia Total do Joelho [ATJ]**



Recomendações Utente Submetido a Artroplastia Total do Joelho (ATJ)



Não se esqueça!

Os movimentos não regressam sozinhos!

A sua colaboração é fundamental na sua recuperação!



Serviço de Ortopedia



Este folheto destina-se a Si que foi submetido a Artroplastia colocação de Prótese Total do Joelho (ATJ).

Tem como objetivo informá-lo sobre alguns cuidados a ter, após a cirurgia e a manter depois da alta, de modo a facilitar a sua Recuperação/Reabilitação.

Em movimento e/ou marcha

Em movimento e/ou marcha **deve** andar sempre com ajuda de canadianas, andarilho ou bengala, e, de preferência em piso regular.

Andarilho/ Canadianas, deve:

- Primeiro o andarilho/canadianas, movimentar primeiro a perna operada e por fim a perna **NÃO** operada.

(As canadianas devem andar **sempre** à frente do corpo e não o contrário).

Subir /Descer escadas, deve:

- Ao subir escadas, começar com a perna **NÃO** operada, depois a perna operada, e as canadianas;
- Ao descer escadas, começar com as canadianas, depois a perna operada e finalmente a perna **NÃO** operada.



Mantenha os exercícios aprendidos no internamento

- Em repouso mantenha a perna operada esticada e elevada;
- Não deve rodar sobre a perna operada;
- Deve sair da cama pelo lado da perna **NÃO** operada e entrar pelo mesmo oposto lado;
- Não coloque almofadas debaixo da perna operada, mantendo a perna o mais esticada possível.

Recomendações Gerais

Deve:

- Evitar molhar o penso no banho, caso aconteça, dirija-se ao Centro de Saúde para este ser mudado;
- Se o penso repassar, deve igualmente recorrer ao Centro de Saúde;
- Tomar duche sentado;
- Aplicar gelo no joelho 15 a 20 minutos várias vezes ao dia (em saco próprio ou usar o saco embrulhado numa toalha);
- Usar auxiliares de marcha (de acordo com a indicação médica);
- Manter a terapêutica receitada pelo médico.

Não Deve:

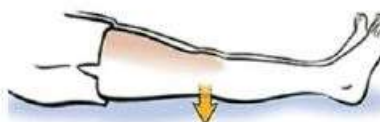
- Forçar demasiado a marcha;
- Não conduzir até indicação médica;
- Aumentar o seu peso corporal;
- Usar sapatos de tacão alto;
- Carregar pesos;
- Caminhar em pisos acidentados;
- Andar em lugares contaminados (hortas, capoeiras..) enquanto tiver penso da cirurgia.

Exercícios para realizar em casa

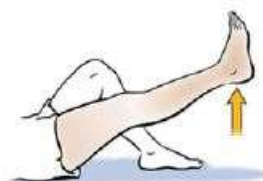
- Flexão e extensão da articulação do pé, do joelho e da anca;



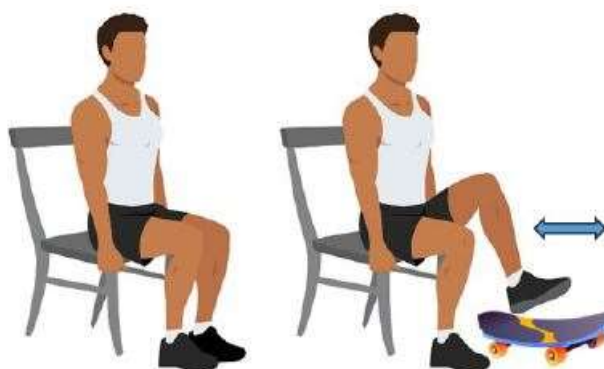
- Contração e relaxamento dos músculos da coxa: tentar tocar com a parte de trás do joelho no colchão;



- Na posição de deitado/a, levantar a perna operada esticada (1-2cm);



- Na posição de sentado/a, colocar o pé da perna operada sobre um/a skate/bola e realizar flexão e extensão do joelho.



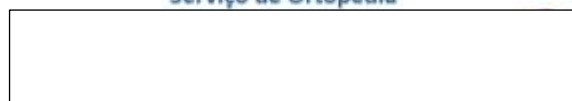
**APÊNDICE B – Atualização do Folheto: Recomendações para Utente Submetido a
Artroplastia Total da Anca [ATA]**



Recomendações Utente Submetido a Artroplastia Total da Anca (ATA)



Serviço de Ortopedia



Este folheto destina-se a Si que foi submetido a Artroplastia colocação de Prótese Total da Anca (ATA).

Tem como objetivo informá-lo sobre alguns cuidados a ter, após a cirurgia e a manter depois da alta, de modo a facilitar a sua *Recuperação/Reabilitação*.

Após Cirurgia

Em posições de repouso

Deitada (o), deve:

- Deitar-se de barriga para cima, com as pernas afastadas;
- Deitar-se para o lado **NÃO** operado com uma almofada entre as pernas.



Levantar/ Deitar, deve:

- Ao levantar-se/deitar-se, manter a perna operada o mais direita possível, sempre na linha do corpo. Não cruzar as pernas.



Sentada (o)/ levantada (o), deve:

- Colocar-se em frente de uma cadeira de modo que a parte de nos braços da cadeira com um atrás das suas pernas fique encostada;
- Agarrar nos braços da cadeira com uma mão de cada vez; Começar pela mão do lado operado
- Deslizar a perna operada para a frente mantendo o joelho esticado;

Recomendações Gerais

Deve:

- Retomar progressivamente as suas atividades;
- Tomar duche sentado;
- Aplicar dispositivo elevatório na sanita;
- Retirar tapetes.

Não Deve:

- Rodar ou deitar-se para o lado operado;
- Rodar a perna operada para dentro ou para fora;
- Cruzar as pernas;
- Sentar-se em cadeiras baixas;
- Dobrar o joelho da perna operada quando se sentar;
- Dobrar a anca a mais de 90°;
- Forçar demais a marcha;
- Fazer viagens prolongadas;
- Não conduzir até indicação médica;
- Tomar banho de imersão;
- Carregar pesos;
- Ajoelhar-se.

Consulte o seu médico se apresentar :

- Dor intensa e persistente;
- Inchaço ou alteração da temperatura da perna operada;
- Alteração do aspeto da cicatriz.
- Febre (temperatura > a 38°C).

Apanhar objetos do chão, deve:

- Apoiar a mão da perna operada a um móvel firme;
- Transfira o peso para a perna **NÃO** operada;
- Dobrar o corpo para a frente e levantar a perna operada para trás;
- A mão livre pode tocar no chão sem problema (também pode usar uma pinça de cabo longo).



OU

- Apoiar a mão da perna **NÃO** operada a um móvel firme;
- Apoiar o pé da perna operada no chão para trás;
- Transfira o peso para a perna **NÃO** operada e desça com o tronco direito para se ajoelhar;
- A mão livre pode tocar no chão sem problema.



Para entrar e sair do automóvel, deve:

- Puxar o banco totalmente para trás;
- Sentar-se com os membros inferiores afastados e encostando-se ao banco;
- Se necessário colocar uma almofada para elevar o assento;
- Manter a perna operada em extensão;
- Colocar uma perna de cada vez dentro do automóvel;
- Não juntar nem cruzar as pernas no movimento;
- Para sair fazer o inverso.



Exercícios para realizar em casa

- Flexão e extensão da articulação do pé, do joelho e da anca;



- Contração e relaxamento dos músculos da coxa: tentar tocar com a parte de trás do joelho no colchão;



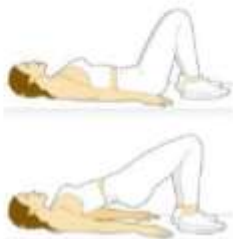
- Na posição de deitado/a, afastar as pernas e voltar a aproximar (**sem cruzar**);



- Na posição de deitado/a, levantar a perna operada esticada (1-2cm);



- Na posição de deitado/a, dobrar os joelhos e, com ajuda dos cotovelos, levantar a anca e contrair as nádegas para dentro.



- Ir-se sentando na cadeira devagar e deslizar para trás até ficar confortável.



Em movimento e/ou marcha

Em movimento e/ou marcha **deve** andar sempre com ajuda de canadianas, andariço ou bengala, e, de preferência em piso regular.

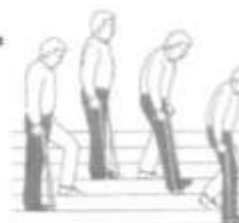
Andariço/ Canadianas, deve:

- Primeiro o andariço/canadianas, movimentar primeiro a perna operada e por fim a perna **NÃO** operada.

(As canadianas devem andar **sempre** à frente do corpo e não o contrário).

Subir /Descer escadas, deve:

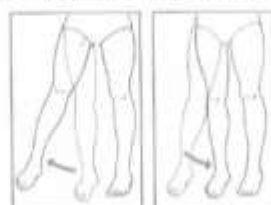
- Ao subir escadas, começar com a perna **NÃO** operada, depois a operada e as canadianas;
- Ao descer escadas, começar com as canadianas, depois a perna operada e finalmente a perna **NÃO** operada.



Exercícios com barra

Em posição de pé, com as mãos apoiadas numa barra ou móvel firme, realizar os seguintes exercícios:

- Afastar e aproximar a perna operada (**sem cruzar**);



- Com a perna operada em suspensão (no ar), rodar da parte interna para a parte externa;



- Com um peso na perna operada (saco de areia, por ex.), dobrar o joelho (até um máximo de 90°).



**APÊNDICE C – Atualização do Folheto: Recomendações para Utente Submetido a
Artroplastia Parcial da Anca [APA]**

Recomendações Gerais

Deve:

- Retomar progressivamente as suas atividades;
- Tomar duche sentado/a;
- Aplicar dispositivo elevatório na sanita;
- Retirar tapetes.

Não Deve:

- Rodar ou deitar-se para o lado operado;
- Rodar a perna operada para dentro ou para fora;
- Cruzar as pernas;
- Sentar-se em cadeiras baixas;
- Dobrar o joelho da perna operada quando se sentar;
- Dobrar a anca a mais de 90°;
- Forçar demasiado a marcha;
- Fazer viagens prolongadas;
- Conduzir, até indicação médica;
- Tomar banho de imersão;
- Carregar pesos;
- Ajoelhar-se.

Consulte o/a seu/a médico/a se apresentar:

- Dor intensa e persistente;
- Febre (temperatura > a 38 °C);
- Inchaço ou alteração da temperatura da perna operada;
- Alteração do aspeto da cicatriz.

Serviço de Ortopedia



Recomendações Utente Submetido/a a Artroplastia Parcial da Anca (APA)

Este folheto destina-se a **SI** que foi submetido a Artroplastia colocação de Prótese Parcial da Anca (APA).

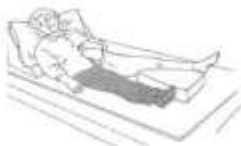
Tem como objetivo informá-lo/a sobre alguns cuidados a ter, após a cirurgia e a manter depois da alta, de modo a facilitar a sua *Recuperação/Reabilitação*.

Após Cirurgia

Em posições de repouso

Deitado/a, deve:

- Deitar-se de barriga para cima, com as pernas afastadas;
- Deitar-se para o lado **NÃO** operado com uma almofada entre as pernas.



Levantar/Deitar, deve:

- Ao levantar-se/deitar-se, manter a perna operada o mais direita possível, sempre na linha do corpo. Não cruzar as pernas.



Sentado/a/ levantado/a, deve:

- Colocar-se em frente de uma cadeira, de forma a que as suas pernas fiquem encostadas ao assento da cadeira;
- Agarrar nos braços da cadeira com uma mão de cada vez, começando pela mão do lado da perna operada;

- Deslizar a perna operada para a frente mantendo o joelho esticado;
- Ir-se sentando na cadeira devagar e deslizar para trás até ficar confortável.



Em movimento e/ou marcha

Em movimento e/ou marcha **deve** andar sempre com ajuda de canadianas, andarrilho ou bengala e, de preferência, em piso regular.

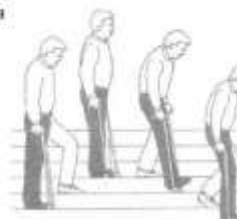
Andarrilho/ Canadianas, deve:

- Movimentar primeiro o andarrilho/canadianas, de seguida, a perna operada e por fim a perna **NÃO** operada.

[As canadianas devem andar **sempre** à frente do corpo e não o contrário].

Subir /Descer escadas, deve:

- Ao subir escadas, começar com a perna **NÃO** operada, depois a operada e as canadianas;
- Ao descer escadas, começar com as canadianas, depois a perna operada e finalmente a perna **NÃO** operada.

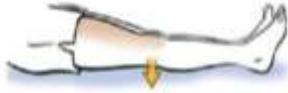


Exercícios para realizar em casa

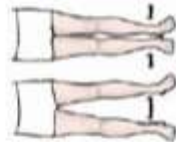
- Flexão e extensão da articulação do pé, do joelho e da anca;



- Contração e relaxamento dos músculos da coxa: tentar tocar com a parte de trás do joelho no colchão;



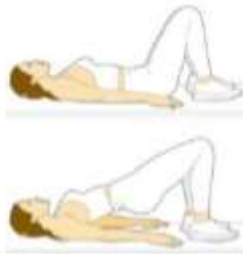
- Na posição de deitado/a, afastar as pernas e voltar a aproximar (sem cruzar);



- Na posição de deitado/a, levantar a perna operada esticada (1-2cm);



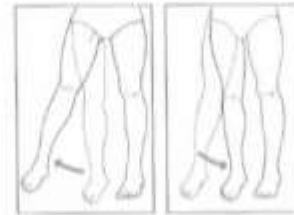
- Na posição de deitado/a, dobrar os joelhos e, com ajuda dos cotovelos, levantar a anca e contrair as nádegas para dentro.



Exercícios com barra

Em posição de pé, com as mãos apoiadas numa barra ou móvel firme, realizar os seguintes exercícios:

- Afastar e aproximar a perna operada (sem cruzar);



- Com a perna operada em suspensão (no ar), rodar da parte interna para a parte externa;



- Com um peso na perna operada (saco de areia, por ex.), dobrar o joelho (até um máximo de 90°).



APÊNDICE D – Poster “Movimento Corporal: Membro Superior”

APÊNDICE E – Folheto “Enfermagem de Reabilitação: Treino de Equilíbrio e Força Muscular – Exercícios Funcionais”



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

Enfermagem de Reabilitação

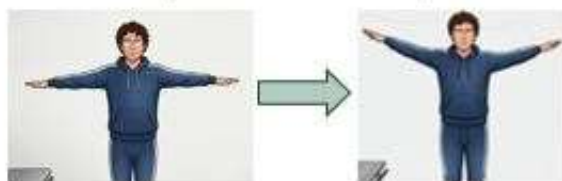
Treino de Equilíbrio e Força Muscular Exercícios Funcionais

Aquecimento

Rotação do pescoço: Rodar o pescoço em círculos, virando devagar para um dos lados, para trás, para o outro lado e para a frente. Repetir, iniciando o movimento pelo lado contrário. Repetir 5 vezes para cada lado.



Rotação dos membros superiores para a frente e para trás: Levantar os braços à altura dos ombros. Rodar 5 vezes para a frente e 5 vezes para trás.



Rotação do tronco Esq e Drt: Com os pés à largura dos ombros, colocar as mãos na cintura e virar o tronco, sem mexer as pernas. Virar 5 vezes para cada lado, alternadamente.



Rotação Tibiotársica: Sentado ou apoiado, levantar um dos pés, rodando o mesmo 5 vezes. Repetir com o outro pé.



Fortalecimento Muscular

Abdução/adução do ombro: Colocar os braços esticados ao longo do tronco e levantar para o lado, até à altura dos ombros. Repetir 8 a 10 vezes.



Flexão/extensão do ombro: Colocar os braços esticados ao longo do tronco e levantar para a frente, até ficar com a cabeça entre os dois braços. Repetir 8 a 10 vezes.



Flexão/extensão do cotovelo: Colocar os braços esticados ao longo do tronco, as palmas das mãos viradas para a frente e levar as mãos aos ombros. Repetir 8 a 10 vezes.



ECCI –

Flexão/extensão do punho:

Colocar os braços esticados ao longo do tronco, as palmas das mãos viradas para a frente e, sem mexer os braços, levar as mãos em direção aos braços.



Abdução/adução

coxo-femural: De pé, apoiado numa mesa ou cadeira, com as pernas juntas e esticadas, afastar uma perna da outra, levantando-a para o lado. Repetir 5 a 7 vezes com cada perna.



Calcanhar/nádega: De pé, apoiado numa mesa ou cadeira, com as pernas juntas e esticadas, dobrar a perna para trás e voltar. Repetir 5 a 7 vezes com cada perna.



Agachamento: De pé, apoiado numa mesa ou cadeira, com as pernas afastadas à largura dos ombros e as pontas dos pés ligeiramente viradas para fora, fazer o movimento de se sentar. Repetir 8 a 10 vezes.



Extensão/flexão do joelho: Sentado numa cadeira com as costas apoiadas e os dois pés assentes no chão, esticar uma perna e voltar a dobrar. Repetir 5 a 7 vezes com cada perna.



Dorsiflexão/flexão plantar

Tibiotársica: Sentado numa cadeira com as costas apoiadas, esticar uma perna e empurrar o pé para a frente e trazer para trás. Repetir 5 a 7 vezes com cada perna.



Equilíbrio Corporal

Permanecer de pé com os pés juntos e olhos fechados, sem apoio.



Caminhar pé ante pé apoiado numa mesa ou aparador. Caminhar 10 passos para um lado da mesa, virar e caminhar mais 10 passos para o lado contrário.



Apoio unipodal apoiado: De pé, apoiado numa mesa ou cadeira, com as pernas juntas e esticadas, ficar apoiado apenas em um dos pés. Contar até 10 e repetir com o outro pé.



Sentar-se numa cadeira sem apoio de braços, afastar os braços à altura dos ombros e balançar para ambos os lados, como se fosse tocar no chão. Repetir 10 vezes, 5 para cada lado.



Sentar-se numa cadeira com apoio de braços e, apoiando-se nos mesmos, levantar-se e voltar-se a sentar. Repetir 10 vezes.



**APÊNDICE F – Resumo Submetido para Apresentação em Comunicação Livre nas 1as
Jornadas do Núcleo de ER da ULS Santa Maria**

Beatriz Páscoa¹; Marisa Nunes²; Isabel Silva³; Tânia Franco³; Gonçalo Rosa²; Orientador Científico
João Vieira⁴

¹ULS Alto Alentejo, Enfermeira, Mestranda da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

²ULS Almada-Seixal, Enfermeira(o) Especialista, MSc

³ULS Almada-Seixal, Enfermeira Especialista

⁴Instituto Politécnico de Beja, Professor Adjunto, PhD

Autoras Correspondentes:

- Beatriz Páscoa, bipascoa@gmail.com
- Marisa Nunes, marisaportuguesnunes@gmail.com

A Mestranda Beatriz Páscoa e o Professor João Vítor Vieira não têm conflitos de interesse a declarar. As Enfermeiras Marisa Nunes, Isabel Silva, Tânia Franco e o Enfermeiro Gonçalo Rosa declaram que exercem no contexto da prática clínica de cuidados onde decorre a dinamização da sala de atividades para promoção da funcionalidade.

Contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação para a Promoção da Funcionalidade no Internamento de Medicina Interna: Dinamização de uma Sala de Atividades

Introdução: Existem riscos e preocupações crescentes associados ao internamento, nomeadamente em serviços de medicina interna, como a perda de autonomia na realização das atividades de vida diária (AVD), a incapacidade funcional, podendo impactar diretamente na qualidade de vida e na reintegração na família e sociedade (Brennan, 2024; O'Neill et al., 2024). O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) assume um papel preponderante neste contexto, que se fundamenta nos quadros de referência da especialidade, dado que a sua intervenção promove o diagnóstico precoce, assegura a manutenção e potencia as capacidades funcionais da pessoa, minimizando complicações e incapacidades, permitindo melhorar funções, manter e recuperar a autonomia nas AVD (Regulamento n.º 392/2019). Este projeto de intervenção surge como estratégia promotora da intervenção do EEER para colmatar as necessidades identificadas na prática clínica de cuidados, melhorar a sua qualidade e obter ganhos em saúde.

Objetivos: Projetar uma sala de atividades no internamento para a promoção da funcionalidade da pessoa, através da reorganização do espaço existente e da seleção dos equipamentos necessários para a reeducação da funcionalidade e treino das AVD, proporcionando o cuidado centrado na pessoa.

Metodologia: Projeto de intervenção em enfermagem de reabilitação (ER) desenvolvido a partir de uma revisão da literatura, da observação da prática clínica de cuidados e dos contributos da equipa de EEER de um serviço de medicina interna de uma unidade local de saúde do sul do país, para a organização de uma sala de atividades que permita responder às necessidades de cuidados de ER.

Resultados/Discussão: A funcionalidade da sala de atividades para as pessoas e equipa multidisciplinar foi critério orientador durante a conceção do projeto. Considera-se que a análise prévia do espaço físico da sala permitiu realizar o levantamento dos materiais existentes, reestruturar a sua disposição e repensar a sua utilidade. Com a realização da revisão da literatura, foi possível identificar outros equipamentos importantes para a prática clínica. Assim, esta sala projetada destaca-se pela mais-valia de equipamentos que suportam o exercício do EEER nas áreas da reeducação sensoriomotora, cardiorrespiratória, cognitiva e treino de AVD.

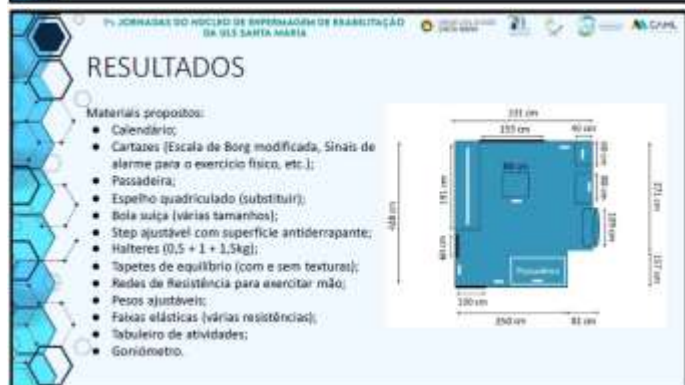
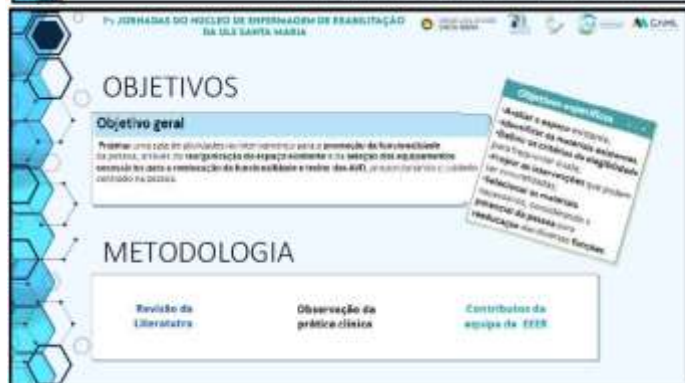
Conclusões: O projeto visa responder de forma inovadora e estruturada ao desafio da promoção da funcionalidade durante o internamento, num espaço exclusivo, estimulante e desafiante, que permite a privacidade dos cuidados, o treino e a interação em grupo/família, potenciando a qualidade dos cuidados especializados prestados e uma completa e adequada preparação para a alta.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação; Funcionalidade; Internamento, Projeto de Intervenção.

Referências Bibliográficas:

- Brennan, M. M. (2024). Movement is muscle in hospitalized adults. *Geriatric Nursing*, 55, 373-375. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2023.11.015>;
- O'Neill, D. E., Heckman, G. A., & Graham, M. M. (2024). The Epidemic of Immobility in Hospitalised Patients: How to Get Your Patient Up and Moving. *Canadian Journal of Cardiology*, 40(8), 1483-1486. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cjca.2024.03.010>;
- Regulamento n.º 392/2019. (2019). *Diário da República, II Série*, n.º 85, 13565-13568. <https://files.dre.pt/2s/2019/05/085000000/1356513568.pdf>.

APÊNDICE G – Apresentação em Comunicação Livre nas 1as Jornadas do Núcleo de ER da ULS Santa Maria – “Contributos do EEER para a Promoção da Funcionalidade no Internamento de Medicina Interna: Dinamização de uma Sala de Atividades”



1^{as} JORNADAS DO NÚCLEO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO DA ULS SANTA MARIA

RESULTADOS

- Proposta de atuação do EEER

Critérios de elegibilidade

- Todos os pacientes internados que tenham condições clínicas e hemodinâmicas para se deslocar ou serem deslocados à sala de atividades e que dele possam beneficiar a nível funcional (cores dos instrumentos de avaliação).

Objetivo Promover funcionalidade através de atividades estruturadas para a reabilitação sensorimotora, cardiorespiratória, cognitivas e treino da AVD.

Avaliação (Instrumentos de avaliação)

- Escala modificada de Barthel;
- Medical Research Council Arm/leg Scale (MRC);
- Goniometria;
- Escala de GUSS;
- Escala de Berg;
- Escala de Berg modificada;
- Timed Up and Go OU Teste de marcha de 5 min;
- Mini Mental State Examination (MMSE).

Problemas físicos / disfunções do EE

- Intolerância à atividade;
- Movimento corporal/muscular comprometido;
- Equilíbrio comprometido;
- Andar comprometido;
- Deglutição comprometida;
- Ventilação comprometida;
- Autocuidados: arrumar-se, alimentar-se, beber, higiene, uso do sanitário, ventilar (incluir e treinar).

Classificação: Condição: Agravamento; Apresentação: Presença de cuidados.

(Apóstolo, 2002; OC, 2010; Ribeiro, 2021)

1^{as} JORNADAS DO NÚCLEO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO DA ULS SANTA MARIA

ATUAÇÃO DO EEER PROPOSTA

Intervenções de EE

- Treino de marcha (passadeira e corredor);
- Treino de equilíbrio: exercícios proprioceptivos (tapete/almofada proprioceptiva, mesa, bola suíça);
- Treino de exercícios de mobilidade e fortalecimento muscular / resistência (MS e ML: halteres, fitas e bolas de resistência, passadeira, cicloergómetro, pesos ajustáveis);
- Treino da musculatura respiratória (balões, leites, balões, espelho quadrado);
- Treino de exercícios da face (espelho);
- Exercícios de promoção da deglutição;
- Técnicas de conservação de energia para AVD;
- Treino de AVD com recurso a dispositivos;
- Estimulação cognitiva e interação social.

Resultados esperados

- Melhoria da funcionalidade da pessoa;
- Melhoria da autonomia, independência e capacidade da pessoa e família/cuidador;
- Preparação adequada para a alta.

Colaboração multidisciplinar

- Fisioterapeutas;
- Terapeutas ocupacionais;
- Terapeutas da fala;
- Médicos;
- Psicólogos;
- Família/Cuidador...

(Ribeiro, 2021)

1^{as} JORNADAS DO NÚCLEO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO DA ULS SANTA MARIA

ANÁLISE SWOT

Potencialidades

- Permite trabalho individual ou em grupo;
- Privacidade/menos fatores distrativos.

Fraquezas

- Espaco reduzido, requerendo boa articulação;
- Constante readaptação do serviço.

Oportunidades

- Alta procura;
- Redução de custos.

Ameaças

- Risco de pouca utilização/ descontinuação a longo prazo.

1^{as} JORNADAS DO NÚCLEO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO DA ULS SANTA MARIA

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Projeto visa responder de forma inovadora e estruturada ao desafio da promoção da funcionalidade durante o internamento.

Espaco exclusivo, estimulante e desafiante que permite a privacidade dos cuidados, o treino e a interação em grupo/família.

Potenciando os cuidados de EE, a qualidade dos cuidados especializados prestados e uma completa e adequada preparação para a alta.

1^{as} JORNADAS DO NÚCLEO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO DA ULS SANTA MARIA

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1^{as} JORNADAS DO NÚCLEO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO DA ULS SANTA MARIA

AVANÇAR JUNTOS: INOVAÇÃO, PARTILHA E TRANSFORMAÇÃO

MUITO OBRIGADA!

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
SANTA MARIA

APÊNDICE H – Estudo de Caso “Contributos de ER à Pessoa com Doença Respiratória Restritiva Aguda Associada a Insuficiência Cardíaca”

Beatriz Páscoa¹; Inês Luciano²; Marisa Nunes³; Orientador Científico João Vieira⁴

¹ULS Alto Alentejo, Enfermeira, Mestranda no Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem de Reabilitação

²ULS Algarve, Enfermeira, Mestranda no Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem de Reabilitação

³ULS Almada-Seixal, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, MSc

⁴Instituto Politécnico de Beja, Professor Adjunto, PhD

Autora Correspondente:

- Beatriz Páscoa, bipascoa@gmail.com

Contributos de enfermagem de reabilitação à pessoa com doença respiratória restritiva aguda associada a insuficiência cardíaca: Estudo de Caso

Introdução: Sendo o edema agudo pulmonar uma emergência caracterizada por um aumento acentuado da pressão arterial que pode conduzir à insuficiência cardíaca aguda e à acumulação de líquido no parênquima pulmonar, é primordial um reconhecimento e tratamento imediatos para que esta condição não evolua rapidamente para uma insuficiência respiratória, que venha a exigir um suporte ventilatório mecânico invasivo e possível admissão em unidades de cuidados intensivos. Por este motivo, e considerando a complexidade clínica desta situação, é necessária uma estabilização imediata da oxigenação e da ventilação, preferencialmente através da administração de oxigénio por ventilação de alto fluxo ou ventilação não invasiva (Silva et al., 2024). Por outro lado, a pneumonia é definida por uma infeção do parênquima pulmonar que se caracteriza pelo preenchimento total ou parcial dos alvéolos com líquido e eritrócitos, designando-se por consolidação pulmonar, o que acaba por substituir o ar nos alvéolos, reduzindo a área disponível para a realização das trocas gasosas. Este processo traduz-se num padrão respiratório restritivo, devido à diminuição da *compliance* pulmonar, causando um aumento da frequência respiratória, uma redução do volume corrente, bem como da relação ventilação-perfusão (Raposo et al., 2019). Revela-se então imprescindível realçar a importância da reeducação funcional respiratória e da identificação do estadió da pneumonia no seu tratamento, a fim de estabelecer as intervenções mais adequadas a implementar, desde uma fase inicial se pretende uma otimização da relação ventilação-perfusão, a melhoria do volume nos segmentos pulmonares adjacentes e a prevenção de atelectasias. Posteriormente, com a evolução da patologia, dá-se uma redução da consolidação pulmonar, provocando uma mudança no tipo de tosse para produtiva, o que justifica a necessidade implementar intervenções vocacionadas para a eficaz limpeza das vias aéreas (Lobo et al., 2024). Pelo supramencionado, fundamenta-se a relevância da Enfermagem de Reabilitação e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no cuidar de pessoas nas referidas situações.

Objetivos: Demonstrar os contributos de um programa de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com doença respiratória restritiva aguda associada a insuficiência cardíaca.

Metodologia: Estudo de caso tendo por base Vilelas (2020) e a guideline CARE (CAse REport) (Riley et al., 2017), sendo implementado um programa de Enfermagem de Reabilitação direcionado às necessidades previamente identificadas, nomeadamente em âmbito cardiorrespiratório, com recurso a instrumentos de avaliação adequados.

Resultados: Considerando o programa implementado, foi possível verificar uma melhoria significativa na avaliação subjetiva e objetiva da pessoa a nível respiratório, principalmente no que se refere aos sintomas associados à clínica, à auscultação pulmonar, às radiografias de tórax, aos resultados analíticos, aos valores de frequência respiratória e saturação periférica de oxigénio consoante o aporte de oxigénio, bem como ao grau de dependência nas atividades de vida diária.

Conclusões: O programa implementado potenciou a reabilitação da pessoa em âmbito cardiorrespiratório e quanto à sua autonomia, contribuindo para a fundamentação da pertinência da ER nos cuidados de saúde.

Palavras-chave: Doença Respiratória Restritiva; Enfermagem de Reabilitação; Insuficiência Cardíaca; Reabilitação Respiratória.

Referências Bibliográficas:

- Lobo, A., Vieira, J., & Ferreira, R. (2024). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com pneumonia: Estudo de caso*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 7(1), e396. <https://doi.org/10.33194/rper.2024.396>;
- Raposo, P., Simão, C., Pestana, H., Mesquita, A. C., & Sousa, L. (2019). *Reabilitação da função respiratória na pessoa com pneumonia bacteriana secundária ao Influenza A: Estudo de caso*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(2), Artigo 4581. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n2.4581>;
- Riley, D. S., Barber, M. S., Kienle, G. S., Aronson, J. K., von Schoen-Angerer, T., Tugwell, P., Kiene, H., Helfand, M., Altman, D. G., Sox, H., Werthmann, P. G., Moher, D., Rison, R. A., Shamseer, L., Koch, C. A., Sun, G. H., Hanaway, P., Sudak, N. L., Kaszkin-Bettag, M., Carpenter, J. E., Gagnier, J. J. (2017). CARE guidelines for case reports: Explanation and elaboration document. *Journal of Clinical Epidemiology*, 89, 218–235. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.04.026>;

- Silva, J. de F., Ribeiro, J. V., Santana, L. M., Barros, M. M. L., Campelo, S. de M. M., Nascimento, J. M. L. do, & Leal, L. F. L. dos S. (2024). Manejo de pacientes com edema agudo de pulmão por equipe E-MULTI: Revisão de literatura. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 10(11), 8127–8143. <https://doi.org/10.51891/rease.v10i11.17195>;
- Vilelas, J. (2020). *Investigação: O processo de construção do conhecimento* (3ª ed.). Edições Sílabo.

**APÊNDICE I – Apresentação em Comunicação Oral nas I Jornadas do Núcleo de ER da
ULS Baixo Alentejo – “Contributos de ER à Pessoa com Doença Respiratória
Restritiva Aguda associada a Insuficiência Cardíaca: Estudo de Caso”**

UNIVERSIDADE DE SAO JOÃO
BAIXO ALENTEJO

9 E 10 DE OUTUBRO 2025

I JORNADAS DO NÚCLEO DE
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO
NA INTEGRAÇÃO DOS
CUIDADOS DE SAÚDE

Contributos de ER à pessoa com
doença respiratória restritiva aguda
associada a IC: Estudo de Caso

Isabela Pádua¹, Inês Luciano², Mariana Nunes³, Orientador Científico João Vieira⁴

¹USJ Alto Alentejo, Enfermagem, Integrada no Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem de Reabilitação
²USJ Alentejo, Enfermagem, Mestrado no Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem de Reabilitação
³USJ Alentejo, Enfermagem, Especialização em Enfermagem de Reabilitação, MSc
⁴Faculdade de Medicina da Universidade de Évora, Portugal

Introdução

Edema Agudo Pulmonar

Emergência

↑ aumento da pressão arterial

Pode conduzir à IC aguda

Acumulação de líquido no parênquima pulmonar

Pneumonia

- Infecção do parênquima pulmonar;
- Padrão respiratório restritivo;
- ↓ compliance pulmonar, volume corrente, relação ventilação-perfusão.

Reeducação Funcional Respiratória

- Fase inicial:
- Otimização da relação ventilação-perfusão;
- Melhoria do volume nos segmentos pulmonares adjacentes;
- Prevenção de atelectasias;
- Fase final: limpeza das vias aéreas.

(Lobo et al., 2024; Raposo et al., 2025; Silva et al., 2024)

Metodologia

Estudo de Caso

Programa de ER

Instrumentos de Avaliação

Pré e Pós de 12 semanas (SUA, SDA e SDA)

- Escala de Borg Modificada;
- Medical Research Council Muscle Scale;
- Escala de Equilíbrio de Berg;
- Escala Modificada de Barthel.

(Apóstolo, 2012; OE, 2016; Riley et al., 2017; Vilelas, 2020)

Avaliação de Enfermagem

Avaliação subjetiva

☐ Escala de Borg Modificada: 7/10 (em esforço) e 1/10 (em repouso);

☐ Tosse produtiva, expectoração mucopurulenta, espessa, em moderada quantidade;

☐ Episódio único de hemoptises em moderada quantidade.

Avaliação objetiva

☐ Ventilação espontânea, superficial, assimétrica (amplitude e simetria ↓ à esq.); rítmica, tendencialmente toraco-abdominal, taquipneica;

☐ Hiperinflação torácica, costelas mais alongadas e retilíneas (↓ espaços intercostais), ligeros xalcos;

☐ Auscultação pulmonar: MV ↓ e presença de crepitações médias na base pulmonar dxt; MV ausente nos 1/3 médio e inferior esq.

Sumário

Introdução

Objetivo

Metodologia

Programa de Enfermagem de Reabilitação

Resultados

Discussão

Conclusões

Referências Bibliográficas

Objetivo

Demonstrar os contributos de um programa de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com doença respiratória restritiva aguda associada a insuficiência cardíaca.




Programa de Enfermagem de Reabilitação

Anamnese

Pessoa do sexo feminino, com 83 anos. Vive com o marido num 4º andar de um apartamento sem elevador e é autónoma nas actividades.

AC mais relevantes: nHA controlada, IC, última internamento hospitalar em 2021 por quadro de IC descompensada (36 meses). Fator arterial com FVR e pneumonia por SARS-CoV-2 hipocorante.

Tratada ao SU por quadro de dispneia súbita, com tosse seca desde a vigília. A admissão refere dispneia a esforços progressivamente menores com cerca de 2 meses de evolução e edema dos MI.

Fatig. com 35, 21C, TA: 13/85 mmHg, FC: 120 bpm, com sudoreses, polipneia com sinais de dificuldade respiratória grave, com respiração paradoxal, cianose labial, SaO2 70% sob máscara de alto débito e com alterna palpável.

Gasimetria arterial: pH 7,305, pO2 35,8 mmHg, pCO2 53,8 mmHg, lactatos 3,3 mmol/L, HCO3- 23,3 mmol/L, SetO2 72%.

Radiografia do tórax: Extensa hipertransparência dos 2/3 inferiores do campo pulmonar esquerdo.

Diagnóstico: quadro de EAP no contexto de pneumonia esquerda extensa.

Focos e Diagnósticos de Enfermagem

Ventilação comprometida

Dispnéia em repouso

Intolerância à Atividade

Limpeza da Via Aérea comprometida

Movimento Corporal comprometido

Potencial para melhorar o Equilíbrio

Autocuidado comprometido

Autogestão da doença

- Potencial para melhorar o conhecimento e capacidade para autogestão da IC

(JCFE, 2018)

Intervenções de Enfermagem

Ventilação e Dispneia

Ensinar, instruir, ensinar e treinar técnicas de correção postural, de controlo ventilatório, de descansa e relaxamento

Informar, ensinar e estimular técnicas para otimizar a ventilação (2 técnicas de 5 repetições):

- Consciencialização, controlo e sincronização dos tempos respiratórios;
- Reeducação diafragmática posterior e lateral;
- Reeducação costal global, com especial ênfase na reeducação costal inferior lateral e na reeducação costal global com recurso a bento;
- Reeducação costal unilateral com abertura costal com abdução dos M5, com especial ênfase à esc;
- Reeducação costal unilateral com pressão lateral, anterior, posterior e lateral posterior à dt e esc, com especial ênfase à esc;
- Reeducação costal superior à dt e esc.

Limpeza da Via Aérea

Ensinar técnicas para limpeza da via aérea

- **Drenagem postural:** língua, lábio inferior exp e segmento anterior e posterior dos lobos inferiores, cerca de 10 min, 1 vez por dia;
- **Manobras acessórias:** percussão e vibro-compressão no 1/3 médio do fêmur exp e 1/3 inferior de ambos os fêmures (15 min).

Ensinar, instruir e treinar técnicas de limpeza da via aérea (na 1ª vez da sessão de RTR):

- **CRP:** reeducação diafragmática (posterior) + técnica de expansão torácica (expansão costal global com recurso a bento) + reeducação diafragmática (posterior) + 2 vezes RTR ou tosse dirigida (3 ciclos, consoante tolerância).

Respirar e tossir (tosses dirigidas ou assistidas)

(CPE, 2023)

Intervenções de Enfermagem

Intolerância à atividade

Ensinar e instruir para técnicas de conservação de energia

Ensinar e instruir para a implementação de estratégias adaptativas para realizar atividades do dia a dia

Ensinar, instruir, ensinar, ensinar e treinar exercícios de resistência

Exercícios de treino de resistência/aeróbico

Marcha em superfície plana

Caminhadores no RS e NR (5 min, com sessões regulares)

(CPE, 2023)

Resultados

Resultados da Avaliação do grau de dependência nos AFD – Escala modificada de RIVIER

Data de Avaliação	17/4	22/4	30/4
1. Higiene pessoal	1	3	3
2. Banho	0	1	3
3. Alimentação	2	5	8
4. Sentado	0	5	8
5. Sitar e descer escadas	0	0	0
6. Vestuário	5	5	8
7. Controlo esfinteriano (diurno)	0	0	0
8. Controlo esfinteriano (noturno)	8	10	10
9. Deslocação ou cadeira de rodas	0	3	8
10. Transferência de cadeira/cama	0	3	12
Pontuação Total	18	35	60

Dependência total Dependência Severa Dependência

Resultados

Resultados da Avaliação da Dispneia Escala de Borg Modificada

Data	Antes	Durante	Após
17 de abril	1	7	2
22 de abril	1	7	2
30 de abril	1	7	2

Resultados

Resultados da Avaliação do Tórax e Espiração

Data de avaliação	17/4		22/4		30/4	
	Antes	Após	Antes	Após	Antes	Após
Tosse	P/IN	P/IN	P/E	P/E	E	E
Secreções	MP	MP	MP	MP	M	M
Viscosidade	ES	ES	V	V	F	F

Legenda: P – Productiva; IN – Ineficaz; E – Eficaz; MP – Mucoespessamento; M – Muco; ES – Espessa; V – Viscosa; F – Fluida

Resultados

Resultados da Avaliação por Auscultação Pulmonar

Data de avaliação	17/4		22/4		30/4	
	Antes	Após	Antes	Após	Antes	Após
Fase anterior do tórax:						
1/3 superior direito	MVM	MVM	MVA	MVM	MVM	MVM
1/3 superior esquerdo	MVM	MVM	MVA	MVM	MVM	MVM
1/3 médio direito	MVD/RC	MVD/RC	MVA	MVM	MVA	MVM
1/3 médio esquerdo	A	A	MVD	MVD	MVA	MVM
1/3 inferior direito	MVD/RC	MVD/RC	MVD	MVD/RC	MVA	MVM
1/3 inferior esquerdo	A	A	A	A/PC	MVD	MVD
Fase posterior do tórax:						
1/3 superior direito	MVM	MVM	MVA	MVM	MVA	MVM
1/3 superior esquerdo	MVM	MVM	MVA	MVM	MVA	MVM
1/3 médio direito	MVD/RC	MVD/RC	MVA	MVM	MVA	MVM
1/3 médio esquerdo	A	A	MVD	MVD/RC	MVA	MVM
1/3 inferior direito	MVD/RC	MVD/RC	MVD	MVD/RC	MVA	MVM
1/3 inferior esquerdo	A	A	A	A/PC	MVD	MVD

Legenda: MVM – Murmureo Vesicular Murmureo; MVD – Murmureo Vesicular Diminuído; A – Auscultação normalizada; A/PC – Auscultação normalizada com PC; MVA – Murmureo Vesicular Auscultado; MVD – Murmureo Vesicular Diminuído

Resultados

VNI contínuo em modo BIPAP

Redução gradual do FiO_2 em VNI

17/4: 2ª fase: MV com FiO_2 a 35% + VNI (IPAP 14; EPAP 6; RR 14; FiO_2 30%)

22/4: 2ª fase: MV com FiO_2 a 35% + VNI (IPAP 14; EPAP 6; RR 14; FiO_2 30%)

30/4: 2ª fase: MV com FiO_2 a 35% + VNI (IPAP 14; EPAP 6; RR 14; FiO_2 30%)

Evolução gradual positiva da FR e SpO_2

Módulo de Desempenho / Fase Ventilatória

- 1) Período diurno: 2h desconexão + 2h de conexão a VNI
Período noturno: conexão contínua
- 2) Período diurno: 2h desconexão + 2h de conexão a VNI
Período noturno: conexão contínua
- 3) Período diurno: desconexão
Período noturno: conexão contínua

Radiografia do tórax

17/4 22/4 30/4

Alta clínica para o domicílio com aporte suplementar de O_2 por ON a 1L/min.

- Associação Psicológica. Associação. (2017). *Publicações Médicas do Anuário Psicológico*. Associação. (2017). <http://www.ap.org.br>. Acesso em: 02/09/2018.
- Apud: L. J. (1993). Instrumentos de Avaliação em Geriatria (Estrutura, Construção, Validade). In: *Estado Psíquico e Fisiológico do Idoso*. Campinas, SP: Alameda.
- Carvalho, L. (2006). Avaliação de Performance. (2006). *2006* – 1997 – 1990 – 1983 – 1976 – 1969 – 1962 – 1955 – 1948 – 1941 – 1934 – 1927 – 1920 – 1913 – 1906 – 1899 – 1892 – 1885 – 1878 – 1871 – 1864 – 1857 – 1850 – 1843 – 1836 – 1829 – 1822 – 1815 – 1808 – 1801 – 1794 – 1787 – 1780 – 1773 – 1766 – 1759 – 1752 – 1745 – 1738 – 1731 – 1724 – 1717 – 1710 – 1703 – 1696 – 1689 – 1682 – 1675 – 1668 – 1661 – 1654 – 1647 – 1640 – 1633 – 1626 – 1619 – 1612 – 1605 – 1598 – 1591 – 1584 – 1577 – 1570 – 1563 – 1556 – 1549 – 1542 – 1535 – 1528 – 1521 – 1514 – 1507 – 1500 – 1493 – 1486 – 1479 – 1472 – 1465 – 1458 – 1451 – 1444 – 1437 – 1430 – 1423 – 1416 – 1409 – 1402 – 1395 – 1388 – 1381 – 1374 – 1367 – 1360 – 1353 – 1346 – 1339 – 1332 – 1325 – 1318 – 1311 – 1304 – 1297 – 1290 – 1283 – 1276 – 1269 – 1262 – 1255 – 1248 – 1241 – 1234 – 1227 – 1220 – 1213 – 1206 – 1199 – 1192 – 1185 – 1178 – 1171 – 1164 – 1157 – 1150 – 1143 – 1136 – 1129 – 1122 – 1115 – 1108 – 1101 – 1094 – 1087 – 1080 – 1073 – 1066 – 1059 – 1052 – 1045 – 1038 – 1031 – 1024 – 1017 – 1010 – 1003 – 996 – 989 – 982 – 975 – 968 – 961 – 954 – 947 – 940 – 933 – 926 – 919 – 912 – 905 – 898 – 891 – 884 – 877 – 870 – 863 – 856 – 849 – 842 – 835 – 828 – 821 – 814 – 807 – 800 – 793 – 786 – 779 – 772 – 765 – 758 – 751 – 744 – 737 – 730 – 723 – 716 – 709 – 702 – 695 – 688 – 681 – 674 – 667 – 660 – 653 – 646 – 639 – 632 – 625 – 618 – 611 – 604 – 597 – 590 – 583 – 576 – 569 – 562 – 555 – 548 – 541 – 534 – 527 – 520 – 513 – 506 – 499 – 492 – 485 – 478 – 471 – 464 – 457 – 450 – 443 – 436 – 429 – 422 – 415 – 408 – 401 – 394 – 387 – 380 – 373 – 366 – 359 – 352 – 345 – 338 – 331 – 324 – 317 – 310 – 303 – 296 – 289 – 282 – 275 – 268 – 261 – 254 – 247 – 240 – 233 – 226 – 219 – 212 – 205 – 198 – 191 – 184 – 177 – 170 – 163 – 156 – 149 – 142 – 135 – 128 – 121 – 114 – 107 – 100 – 93 – 86 – 79 – 72 – 65 – 58 – 51 – 44 – 37 – 30 – 23 – 16 – 9 – 2 – 1. (2006). *2006* – 1997 – 1990 – 1983 – 1976 – 1969 – 1962 – 1955 – 1948 – 1941 – 1934 – 1927 – 1920 – 1913 – 1906 – 1899 – 1892 – 1885 – 1878 – 1871 – 1864 – 1857 – 1850 – 1843 – 1836 – 1829 – 1822 – 1815 – 1808 – 1801 – 1794 – 1787 – 1780 – 1773 – 1766 – 1759 – 1752 – 1745 – 1738 – 1731 – 1724 – 1717 – 1710 – 1703 – 1696 – 1689 – 1682 – 1675 – 1668 – 1661 – 1654 – 1647 – 1640 – 1633 – 1626 – 1619 – 1612 – 1605 – 1598 – 1591 – 1584 – 1577 – 1570 – 1563 – 1556 – 1549 – 1542 – 1535 – 1528 – 1521 – 1514 – 1507 – 1500 – 1493 – 1486 – 1479 – 1472 – 1465 – 1458 – 1451 – 1444 – 1437 – 1430 – 1423 – 1416 – 1409 – 1402 – 1395 – 1388 – 1381 – 1374 – 1367 – 1360 – 1353 – 1346 – 1339 – 1332 – 1325 – 1318 – 1311 – 1304 – 1297 – 1290 – 1283 – 1276 – 1269 – 1262 – 1255 – 1248 – 1241 – 1234 – 1227 – 1220 – 1213 – 1206 – 1199 – 1192 – 1185 – 1178 – 1171 – 1164 – 1157 – 1150 – 1143 – 1136 – 1129 – 1122 – 1115 – 1108 – 1101 – 1094 – 1087 – 1080 – 1073 – 1066 – 1059 – 1052 – 1045 – 1038 – 1031 – 1024 – 1017 – 1010 – 1003 – 996 – 989 – 982 – 975 – 968 – 961 – 954 – 947 – 940 – 933 – 926 – 919 – 912 – 905 – 898 – 891 – 884 – 877 – 870 – 863 – 856 – 849 – 842 – 835 – 828 – 821 – 814 – 807 – 800 – 793 – 786 – 779 – 772 – 765 – 758 – 751 – 744 – 737 – 730 – 723 – 716 – 709 – 702 – 695 – 688 – 681 – 674 – 667 – 660 – 653 – 646 – 639 – 632 – 625 – 618 – 611 – 604 – 597 – 590 – 583 – 576 – 569 – 562 – 555 – 548 – 541 – 534 – 527 – 520 – 513 – 506 – 499 – 492 – 485 – 478 – 471 – 464 – 457 – 450 – 443 – 436 – 429 – 422 – 415 – 408 – 401 – 394 – 387 – 380 – 373 – 366 – 359 – 352 – 345 – 338 – 331 – 324 – 317 – 310 – 303 – 296 – 289 – 282 – 275 – 268 – 261 – 254 – 247 – 240 – 233 – 226 – 219 – 212 – 205 – 198 – 191 – 184 – 177 – 170 – 163 – 156 – 149 – 142 – 135 – 128 – 121 – 114 – 107 – 100 – 93 – 86 – 79 – 72 – 65 – 58 – 51 – 44 – 37 – 30 – 23 – 16 – 9 – 2 – 1. (2006). *2006* – 1997 – 1990 – 1983 – 1976 – 1969 – 1962 – 1955 – 1948 – 1941 – 1934 – 1927 – 1920 – 1913 – 1906 – 1899 – 1892 – 1885 – 1878 – 1871 – 1864 – 1857 – 1850 – 1843 – 1836 – 1829 – 1822 – 1815 – 1808 – 1801 – 1794 – 1787 – 1780 – 1773 – 1766 – 1759 – 1752 – 1745 – 1738 – 1731 – 1724 – 1717 – 1710 – 1703 – 1696 – 1689 – 1682 – 1675 – 1668 – 1661 – 1654 – 1647 – 1640 – 1633 – 1626 – 1619 – 1612 – 1605 – 1598 – 1591 – 1584 – 1577 – 1570 – 1563 – 1556 – 1549 – 1542 – 1535 – 1528 – 1521 – 1514 – 1507 – 1500 – 1493 – 1486 – 1479 – 1472 – 1465 – 1458 – 1451 – 1444 – 1437 – 1430 – 1423 – 1416 – 1409 – 1402 – 1395 – 1388 – 1381 – 1374 – 1367 – 1360 – 1353 – 1346 – 1339 – 1332 – 1325 – 1318 – 1311 – 1304 – 1297 – 1290 – 1283 – 1276 – 1269 – 1262 – 1255 – 1248 – 1241 – 1234 – 1227 – 1220 – 1213 – 1206 – 1199 – 1192 – 1185 – 1178 – 1171 – 1164 – 1157 – 1150 – 1143 – 1136 – 1129 – 1122 – 1115 – 1108 –

**APÊNDICE J – Estudo de Caso Submetido para Apresentação em Comunicação Oral
nas I Jornadas do Núcleo de ER da ULS Baixo Alentejo – “Intervenção de Enfermagem
de Reabilitação na Pessoa Idosa Submetida a Cirurgia Abdominal com Intolerância à
Atividade: Estudo de Caso”**

Inês Luciano¹; Beatriz Páscoa²; Carla Marina Caetano³; Fábio Antunes⁴; João Vítor Vieira⁵

¹ULS Algarve, Enfermeira, Mestranda no Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem de Reabilitação

²ULS Alto Alentejo, Enfermeira, Mestranda no Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem de Reabilitação

³ULS Algarve, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação

⁴ULS Algarve, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

⁵Instituto Politécnico de Beja, Professor Adjunto, PhD

Autora Correspondente:

- Inês Luciano, inesluciano1998@gmail.com

Intervenção de enfermagem de reabilitação na pessoa idosa submetida a cirurgia abdominal com intolerância à atividade: Estudo de Caso

Introdução: A intolerância à atividade corresponde à insuficiente capacidade para manter energia, física e psicológica, aquando da realização ou finalização de atividades diárias pretendidas e/ou necessárias, onde se associa sensação de cansaço fácil (Loureiro et al. 2025). Por sua vez, numa tentativa de evitar a dispneia associada ao esforço, a pessoa adota inevitavelmente um estilo de vida sedentário que pode conduzir a graves complicações, nomeadamente a nível respiratório e muscular, promovendo uma maior incapacidade e perda de independência funcional (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Assim, a perda de força muscular, associada à diminuição da mobilidade, promove um maior grau de dependência na pessoa, uma maior probabilidade de desenvolver e/ou agravar patologias e, consequentemente, maiores custos associados (Lima et al., 2019). No que concerne ao doente cirúrgico, foi revelado que 34% a 50% das pessoas submetidas a cirurgias abdominais apresentam declínio funcional durante o período de hospitalização. A imobilidade prolongada acentua as limitações funcionais das pessoas idosas, com prejuízo quer respiratório como motor, comprometendo inevitavelmente a realização de atividades de vida diária. Destaca-se a relevância da reabilitação na fase de pré e pós-operatória, uma vez que irá prevenir os efeitos nefastos da imobilidade no leito, assim como preservar ou recuperar a independência funcional da pessoa submetida a cirurgia. Por sua vez, a pessoa submetida a cirurgia abdominal apresenta predisposição para redução da função muscular, tanto musculoesquelética como cardiorrespiratória, podendo apresentar um declínio da mobilidade e da funcionalidade (Morsch et al, 2022). Através dos cuidados prestados pelo enfermeiro de reabilitação, podem obter-se benefícios no que concerne à redução dos dias de internamento e reinternamentos, à redução de complicações

cardiorrespiratórias e debilidade funcional, ao aumento da independência funcional e, consequentemente, ao aumento da autonomia para a execução de atividades de vida diária, melhorando substancialmente a qualidade de vida das pessoas (Lima et al., 2019).

Objetivo: Identificar os contributos de enfermagem de reabilitação para a melhoria da tolerância à atividade na pessoa submetida a cirurgia abdominal.

Metodologia: Estudo de Caso redigido tendo por base as *Guidelines CAse REport* (Riley et al., 2017). Foi implementado um programa de Enfermagem de Reabilitação dirigido aos diagnósticos previamente identificados, nomeadamente no âmbito da intolerância à atividade no doente cirúrgico com recurso a instrumentos de avaliação.

Resultados: Globalmente, foi possível verificar resultados positivos após a execução do programa de enfermagem de reabilitação na pessoa com intolerância à atividade para a realização de atividades de vida diária, nomeadamente no desmame ventilatório, diminuição da sensação de dispneia com alteração nos volumes e capacidades pulmonares, bem como no aumento da tolerância ao esforço. Além disso, verificou-se melhoria a nível da força muscular, da capacidade para realização das atividades de vida diária e da promoção da independência, constatando-se um progresso significativo no grau de autonomia do doente, obtendo-se ganhos em saúde.

Conclusões: Através do programa de enfermagem de reabilitação implementado, obtiveram-se benefícios no que respeita à intolerância à atividade na pessoa idosa submetida a cirurgia abdominal.

Palavras-chave: Enfermagem em Reabilitação; Atividade Motora; Adulto; Cirurgia.

Referências Bibliográficas:

- Lourenço, M., Delgado, B., Duarte, J., Ângela, O., Novo, A. (2025). A Atividade Física na Pessoa com Intolerância à Atividade (1st ed.), *Atividade Física – um conceito central da enfermagem de reabilitação* (pp.123-134). Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Lima, A., Ferreira, M., Martins, M., & Fernandes, C. (2019). Influência dos cuidados de enfermagem de reabilitação na recuperação da independência funcional do paciente. *Journal Health NPEPS*, 4(2), 28-43. https://www.researchgate.net/publication/338089668_Influencia_dos_cuidados_de_enfermagem_de_reabilitacao_na_recuperacao_da_independencia_funcional_do_doente;
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Guia orientador de boa prática: Reabilitação respiratória* (Cadernos OE, Série 1, Nº 10). Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio de Enfermagem de Reabilitação. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3orespirat%C3%B3ria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf;

- Riley, D. S., Barber, M. S., Kienle, G. S., Aronson, J. K., von Schoen-Angerer, T., Tugwell, P., Kiene, H., Helfand, M., Altman, D. G., Sox, H., Werthmann, P. G., Moher, D., Rison, R. A., Shamseer, L., Koch, C. A., Sun, G. H., Hanaway, P., Sudak, N. L., Kaszkin-Bettag, M., Carpenter, J. E., Gagnier, J. J. (2017). CARE guidelines for case reports: Explanation and elaboration document. *Journal of Clinical Epidemiology*, 89, 218–235. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.04.026>;
- Morsch, A., Silva, A., Bernstein, F., & Petry, A. (2022). Avaliação do grau de independência funcional e da funcionalidade respiratória em pacientes submetidos à cirurgia abdominal. *Revista Perspectiva*, 46(173), 9-18. <https://doi.org/10.31512/persp.v.46.n.173.2022.221.p.9-18>.

APÊNDICE K – Instrumento de Colheita de Dados

Instrumento de colheita de dados

Participante número		Idade	Sexo
Proveniência		Data de admissão	
Principais diagnósticos		Alergias	
Antecedentes Pessoais			
Atividade Profissional			
Nível de escolaridade			
Residência	Nacionalidade		Estado Civil
Com quem vive		Agregado familiar	
Grau de dependência prévio ao internamento			
Alteração / compromisso na realização das atividades de vida diária			
Observações gerais			

APÊNDICE L – Formulário de Recolha de Dados

Formulário de Recolha de Dados

Participante número: _____

Avaliação Cognitiva (com recurso a LCFS):

	Avaliação Inicial	Avaliação Final
Data de Avaliação		
Nível		

QuickDASH:

	Avaliação Inicial	Avaliação Final
Data de Avaliação		
Classifique a sua capacidade para desempenhar as atividades seguintes na última semana:		
1. Abrir um frasco novo ou com tampa bem fechada.		
2. Realizar tarefas domésticas pesadas (por exemplo: lavar paredes, lavar o chão).		
3. Carregar um saco de compras ou uma pasta.		
4. Lavar as costas.		
5. Usar uma faca para cortar alimentos.		
6. Atividades de lazer que exijam alguma força ou provoquem algum impacto no braço, ombro ou mão (por exemplo: golfe, martelar, ténis, etc.).		
7. Em que medida é que, na última semana, o seu problema no braço, ombro ou mão afetou as suas atividades sociais habituais com a família, os amigos, os vizinhos ou outras pessoas?		
8. Em que medida é que, na última semana, o seu problema no braço, ombro ou mão o limitou no trabalho ou noutras atividades diárias?		
9. Dor no braço, ombro ou mão (na última semana).		
10. Dormência (formigueiro) no braço, ombro ou mão (na última semana).		
11. Na última semana, teve dificuldade em dormir, por causa da dor no braço, ombro ou mão?		

Módulo relativo ao trabalho (opcional)

Participante não trabalha: _____ (ignorar este módulo)

Profissão/atividade do participante: _____

	Avaliação Inicial	Avaliação Final
Teve alguma dificuldade em:		
1. fazer os movimentos que normalmente utiliza no seu trabalho?		
2. fazer o seu trabalho habitual devido a dores no braço, ombro ou mão?		
3. fazer o seu trabalho tão bem como gostaria?		
4. fazer o seu trabalho no tempo habitual?		

Módulo relativo a desporto/música (opcional)

Participante não pratica nenhum desporto nem toca nenhum instrumento: _____
(ignorar este módulo)

Desporto ou instrumento mais importante para o participante: _____

	Avaliação Inicial	Avaliação Final
Teve alguma dificuldade em:		
1. usar a técnica habitual para tocar o instrumento musical ou praticar desporto?		
2. tocar o instrumento musical ou praticar desporto devido a dores no braço, ombro ou mão?		
3. tocar o instrumento musical ou praticar desporto tão bem como gostaria?		
4. estar o tempo habitual a tocar o instrumento musical ou a praticar desporto?		

Pontuação final = ([soma do nº de respostas ≠ nº de respostas] - 1) × 25

Pontuação Total Inicial de: _____ / 100 pontos

Pontuação Total Final de: _____ / 100 pontos

Goniometria:

Articulação do ombro:

		Avaliação Inicial	Avaliação Final
Data de Avaliação			
		Direito / Esquerdo	Direito / Esquerdo
Movimento	flexão		
	extensão		
	abdução		
	adução		
	rotação lateral		
	rotação medial		

Articulação do cotovelo:

		Avaliação Inicial	Avaliação Final
Data de Avaliação			
		Direito / Esquerdo	Direito / Esquerdo
Movimento	flexão		
	extensão		

Articulação do punho:

		Avaliação Inicial	Avaliação Final
Data de Avaliação			
		Direito / Esquerdo	Direito / Esquerdo
Movimento	flexão		
	extensão		
	desvio radial		
	desvio ulnar		

Medical Research Council Muscle Scale (MRC):

		Avaliação Inicial	Avaliação Final
Data de Avaliação			
Membro Superior Direito			
Ombro			
Cotovelo			
Mão			

Membro Superior Esquerdo		
Ombro		
Cotovelo		
Mão		
Membro Inferior Direito		
Coxo-femoral		
Joelho		
Tibiotársica		
Membro Inferior Esquerdo		
Coxo-femoral		
Joelho		
Tibiotársica		

Upper Limb Functional Index (ULFI):

	Avaliação Inicial	Avaliação Final
Data de Avaliação		
Nos últimos dias, por causa do meu braço:		
1. Eu fico em casa a maior parte do tempo.		
2. Eu mudo de posição frequentemente para ter mais conforto.		
3. Eu evito tarefas pesadas, por exemplo limpeza, levantar mais de 5kg, jardinagem, etc.		
4. Eu descanso com mais frequência.		
5. Eu peço que outras pessoas façam as coisas para mim.		
6. Eu tenho dor/problema quase o tempo todo.		
7. Eu tenho dificuldade em levantar e carregar (por exemplo, sacos, comprar até 5kg).		
8. O meu apetite agora está diferente.		
9. A caminhada, atividade recreativa ou desportiva está prejudicada.		
10. Eu tenho dificuldade com tarefas domésticas ou familiares.		
11. Eu durmo mal.		
12. Eu preciso de ajuda com cuidados pessoais, por exemplo com banho e higiene pessoal.		

13. As minhas atividades diárias (trabalho, contato social) estão prejudicadas.		
14. Eu estou mais irritado(a) e/ou mal-humorado(a).		
15. Eu sinto mais fraqueza e/ou rigidez.		
16. A minha independência para a locomoção está prejudicada (conduzir, usar transporte público).		
17. Eu tenho dificuldade para colocar o meu braço na manga da camisa ou blusa ou preciso de ajuda para me vestir.		
18. Eu tenho dificuldade para escrever ou utilizar o teclado e/ou o rato do computador.		
19. Eu não consigo realizar tarefas na altura do ombro ou acima dele.		
20. Eu tenho dificuldade em comer e/ou usar utensílios (por exemplo, faca, garfo, colher).		
21. Eu tenho dificuldade em segurar e mover objetos compactos (por exemplo, canecas, potes, latas).		
22. Eu costumo deixar coisas caírem e/ou sofrer pequenos acidentes com mais frequência.		
23. Eu uso o outro braço com mais frequência.		
24. Eu tenho dificuldade com botões, chaves, moedas, torneiras, recipientes ou tampas de rosca.		
25. Eu tenho dificuldade em abrir, segurar, empurrar ou pressionar (por exemplo, gatilhos, alavancas, portas pesadas).		

Pontuação Final = soma dos pontos atribuídos a todas as respostas
(sim = 1 ponto; parcialmente = 0,5 ponto; não = 0 pontos)

Pontuação Total (%) = $100 - (\text{pontuação final} \times 4)$

Pontuação Total Inicial de: _____ / 100 %

Pontuação Total Final de: _____ / 100 %

Escala Modificada de Barthel:

	Avaliação Inicial	Avaliação Final
Data de Avaliação		
1. Higiene pessoal		
2. Banho		
3. Alimentação		
4. Sanitário		
5. Subir e descer escadas		
6. Vestuário		
7. Controlo esfíncteriano (bexiga)		
8. Controlo esfíncteriano (intestino)		
9. Deambulação ou cadeira de rodas		
10. Transferências de cadeira/cama		

Pontuação Total Inicial de: _____ / 100 pontos

Pontuação Total Final de: _____ / 100 pontos

Categoria	Incapaz de realizar a tarefa	Requer ajuda substancial	Requer ajuda moderada	Requer ajuda mínima	Totalmente independente
1. Higiene pessoal	0	1	3	4	5
2. Banho	0	1	3	4	5
3. Alimentação	0	2	5	8	10
4. Sanitário	0	2	5	8	10
5. Subir e descer escadas	0	2	5	8	10
6. Vestuário	0	2	5	8	10
7. Controlo esfíncteriano (bexiga)	0	2	5	8	10
8. Controlo esfíncteriano (intestino)	0	2	5	8	10
9. Deambulação (OU)	0	3	8	12	15
9. Cadeira de rodas	0	1	3	4	5
10. Transferências de cadeira/cama	0	3	8	12	15
					100

Interpretação de resultados:

- 0 – 25 pontos: Dependência Total
- 26 – 50 pontos: Dependência Severa
- 51 – 75 pontos: Dependência
- 76 – 99 pontos: Dependência Leve
- 100 pontos: Totalmente Independente

APÊNDICE M – Consentimento Livre e Esclarecido para Participar em Investigação

Consentimento livre e esclarecido para participar em investigação

Eu, Beatriz Isabel Cavaco Mendes Páscoa, Enfermeira com cédula profissional da Ordem dos Enfermeiros nº 97441, estando a frequentar a 9ª edição do Curso de Mestrado em Enfermagem – área de especialidade em Enfermagem de Reabilitação, na Universidade de Évora, na Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, em associação com as Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnicos de Portalegre, Beja, Setúbal, Castelo Branco e com a Universidade do Algarve (Escola Superior de Saúde de Faro), estou a desenvolver o meu projeto de enfermagem de reabilitação que tem como título “Promoção da Funcionalidade do Membro Superior do Adulto”. O seu principal objetivo é a avaliação da efetividade de um programa de intervenção de reabilitação para a melhoria da funcionalidade do membro superior do adulto.

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Em todo e qualquer momento é assegurado o anonimato e a confidencialidade de todos os dados obtidos e a sua utilização exclusiva para este projeto, aos quais apenas eu (mestranda) e docente orientador, o Professor Doutor João Vítor da Silva Vieira, teremos acesso.

Não é obrigatório participar no projeto, podendo aceitar ou recusar. No caso de aceitar participar, pode desistir a qualquer momento e sem qualquer prejuízo associado.

O projeto consiste na implementação de um programa de intervenção de reabilitação, focalizado na funcionalidade do membro superior, com um limite mínimo de 3 sessões por pessoa no total e 2-3 vezes por semana, podendo aumentar o número de sessões tanto quanto possível e sempre que signifique benefício para a promoção da sua funcionalidade.

Os dados serão recolhidos através de formulários próprios, criados especificamente para o projeto, onde se inclui a idade, sexo, proveniência, data de admissão, principais diagnósticos, alergias, antecedentes pessoais, atividade profissional, nível de escolaridade, residência, nacionalidade, estado civil, com quem vive, agregado familiar, grau de dependência prévio ao internamento e alteração/compromisso na realização das atividades de vida diária, sempre sem recolher o seu nome.

Também serão recolhidos dados de desempenho na aplicação dos seguintes instrumentos de avaliação: *Rancho Los Amigos Levels Of Cognitive Functioning Scale*, *QuickDASH*, *Goniometria*, *Medical Research Council Muscle Scale (MRC)*, *Upper Limb Functional Index (ULFI)* e *Escala Modificada de Barthel*.

Agradeço a sua disponibilidade e tempo dispensado.

À Mestranda:

Confirmo que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, toda a informação relativa ao projeto referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão respeitados os direitos da pessoa, sem que advenha qualquer consequência inerente.

Assinatura, número de cédula profissional

Data: ____/____/____

Mestranda: Beatriz Isabel Cavaco Mendes Páscoa

Contactos: m61038@alunos.uevora.pt

Telemóvel:

À Pessoa ou Representante:

Declaro ter compreendido os objetivos do que me foi proposto e explicado pela mestranda que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar a participação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. **Autorizo / Não autorizo** (riscar o que não interessa) a participação no projeto e a utilização dos meus dados, que disponibilizo voluntariamente, confiando que apenas serão usados respeitando a ética e da forma acima explicada.

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR INCAPACIDADE:

Nome: _____

Doc. Identificação N.º _____ Data Ou Validade: ____/____/____

Grau De Parentesco Ou Tipo De Representação: _____

Assinatura: _____

Agradeço a sua disponibilidade para participar no projeto, contribuindo para o desenvolvimento da área científica de Enfermagem e de Enfermagem de Reabilitação.

Nota: Este documento é composto de 2 páginas e feito em duplicado, sendo um exemplar para a mestranda e outro exemplar para a outra pessoa que consente.

APÊNDICE N – *Scoping Review*: “Qual a Influência da “ISBAR” na Qualidade dos Cuidados à Pessoa em Hospitalização?”

Qual a influência da “ISBAR” na qualidade dos cuidados à pessoa em hospitalização?

Beatriz Páscoa¹, Carolina Lopes¹, José Miguel Marmelo¹, Manuela Restolho¹, Rita Afonso¹, Professora Maria do Céu Marques², Professora Maria Alice Ruivo³.

¹ Mestrando do 9º Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação,

² Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Universidade de Évora,

³ Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal.

Resumo

Introdução: Uma correta e eficiente transição dos cuidados de saúde é essencial para a segurança do doente, já que está associada a um aumento da qualidade na prestação de cuidados, diminuindo os efeitos adversos e a mortalidade. Esta mesma qualidade dos cuidados ao doente depende da sua transição segura, primando por uma comunicação precisa e eficaz entre as equipas prestadoras de cuidados, procurando assegurar a sua continuidade e a segurança do doente¹.

Melhorar estes aspetos está entre um dos objetivos definidos pelo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, reforçando também o direito a cuidados de saúde de modo digno, consoante a melhor evidência científica e em concordância com a humanização das boas práticas de qualidade e segurança em saúde². Neste sentido, foram estabelecidas como atuação “a atualização de padrões sobre comunicação na transição de cuidados de saúde, o desenvolvimento e implementação de ferramentas de comunicação e o desenvolvimento de programas de formação específica dirigida aos profissionais de saúde”². Assim, para a continuidade, qualidade e segurança da prestação de cuidados é primordial a comunicação ao longo de todo o percurso do doente, no qual se inclui a família e cuidador, mas sobretudo nos “momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre os profissionais de saúde”^{2,3,4}.

“ISBAR” é um instrumento que permite padronizar a comunicação em saúde, sendo uma técnica reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados. Esta técnica permite, através de formas simples, memorizar construções complexas que são utilizadas na transmissão verbal de informação sobre o estado de saúde dos doentes.

Desta forma, I corresponde à Identificação, S à Situação atual, B aos Antecedentes (*background*), A à Avaliação e R às Recomendações¹.

Palavras-chave: pessoa, hospitalização, qualidade dos cuidados, “ISBAR”.

Objetivo: Mapear a influência da “ISBAR” na qualidade dos cuidados à pessoa em hospitalização.

Metodologia: Seguindo o protocolo de uma *scoping review*, segundo *Joanna Briggs Institute* (JBI)⁵, utilizando a mnemónica PCC, sendo População: pessoa em hospitalização, Conceito: “ISBAR”, Contexto: qualidade dos cuidados; da qual emerge a questão de investigação: Qual a influência da “ISBAR” na qualidade dos cuidados à pessoa em hospitalização?

Assim, para realização desta pesquisa segundo o protocolo de uma *scoping review*, foi utilizado o motor de busca disponibilizado pela Universidade de Évora, *Elton Bryson Stephens Company Discovery Service* (EBSCO DS), incluindo como operador booleano o termo AND, foram utilizados os seguintes descritores, previamente considerados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCs) e no *Medical Subject Headings* (MeSH): *person* (pessoa), *hospitalization* (hospitalização), *quality of care* (qualidade dos cuidados) e “ISBAR”. Este último, apesar de não se encontrar validado, foi considerado extremamente pertinente manter-se como palavra-chave, dada a sua relevância para a realização da pesquisa.

Inserindo os descritores no motor de busca mencionado, foi alcançado um total de 153 artigos científicos, dos quais foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: texto integral (excluindo 12 artigos), analisado pelos pares (excluindo 20 artigos) e últimos 5 anos (excluindo 78 artigos), obtendo um total de 43 artigos. Após examinar a elegibilidade destes artigos, através da leitura e análise tanto do título, como do resumo, foram excluídos 38 artigos, uma vez que não respondiam à questão de investigação e, consequentemente, não estavam de acordo com o objetivo definido, restando então 5 artigos para uma análise mais profunda.

Resultados: Esta pesquisa, segundo protocolo de uma *scoping review*, considera 5 estudos provenientes da base de dados *Complementary Index*, dos quais 2 estudos quantitativos, 1 dos quais estudo quantitativo prospectivo intervencional, 1 estudo qualitativo e 2 *scoping review*.

De acordo com os artigos revisados, a comunicação eficaz entre os profissionais de saúde é essencial para prevenir ameaças e potenciais riscos para a segurança da pessoa. A segurança da pessoa pode estar em risco quando a comunicação é inadequada durante a transferência da mesma. A ausência de procedimentos padronizados para transferência da pessoa pode levar a lacunas na informação crítica, colocando assim em risco a segurança da

mesma⁶. A implementação do método “ISBAR” melhora a transferência da pessoa e também reduz o tempo necessário. A técnica “ISBAR” é recomendada por inúmeras organizações de saúde devido à sua fácil memorização e compreensão, uma vez que emprega uma abordagem simples, adaptável, concisa e clara para transmitir informações⁷.

Durante as transferências clínicas, a condição médica, o estado clínico e a história pessoal emergem como componentes chave, sendo imprescindível a criação de ferramentas de transferência clínica e mnemónicas adaptadas às necessidades únicas de cada unidade de saúde⁸.

“ISBAR” permite o fornecimento de informação completa, abrangente e precisa sobre o indivíduo, evitando a redundância de detalhes sobre a pessoa, potenciando a precisão dos dados, o que, por sua vez, promove uma maior eficiência para os profissionais de saúde. Além disso, o sistema agiliza processos, facilita a partilha de informação em tempo real entre a equipa durante as transferências, o que aumenta a satisfação geral entre os profissionais⁹.

A investigação científica indica ainda que a sua implementação é vantajosa para as equipas multidisciplinares e para a pessoa que apoia, aumentando significativamente a qualidade dos cuidados e segurança durante as transições clínicas. A aplicação da “ISBAR” aumenta a sensibilização para a necessidade de estabelecer um quadro de comunicação robusto, juntamente com a exigência de conhecimentos organizados relativos aos cuidados da pessoa, o que facilita uma abordagem adaptada, segura e tranquilizadora para a melhoria da saúde¹⁰.

Discussão: Com base nos resultados da pesquisa realizada, podemos afirmar que se alinham com os apresentados por outros autores, enfatizando a necessidade de empregar uma ferramenta que facilite a padronização na disseminação da informação, como meio de fomento da comunicação efetiva, que, no âmbito da saúde, implica um domínio do conhecimento, habilidade e empatia¹¹. Neste contexto, todas as organizações de saúde priorizam a segurança da pessoa para cuidados de saúde de qualidade, o que reflete eficiência e equidade para todos, levando a melhores resultados de saúde¹². Evidências científicas demonstram também que a comunicação eficaz entre os profissionais de saúde potencia a gestão do tempo de cuidado (incluindo uma tomada de decisão mais rápida e menor tempo gasto na transferência de informação), minimiza situações redundantes, reforça o pensamento crítico e aumenta tanto a segurança da pessoa como a satisfação profissional, bem como a rápida integração de novos elementos da equipa de saúde^{13,14}.

Igualmente, ajuda a organizar o pensamento dos profissionais de saúde, minimizando o risco de efeitos adversos para o doente, demonstrando ainda uma eficiência impressionante na transferência de informações, permitindo a organização de detalhes de forma direta, que podem ser utilizados em trocas verbais, garantindo assim uma continuidade efetiva e um cuidado de enfermagem de alta qualidade¹⁵.

Conclusões: As vantagens da utilização da “ISBAR” dizem respeito à segurança da pessoa e do profissional, enraizada na consistência e excelência dos cuidados, bem como no conforto da pessoa e do profissional de saúde.

Como constrangimentos da pesquisa efetuada, enfatizamos a necessidade de investigações adicionais sobre o assunto devido à importância da prática baseada em evidências. Neste sentido, o tema “ISBAR” deveria persistir em ser explorado e deliberado pela comunidade científica. Em relação às implicações para práticas efetivas no setor da saúde, estes resultados indicam a necessidade de um maior investimento na formação voltada para a metodologia “ISBAR” para os profissionais de saúde. Por conseguinte, as estruturas “ISBAR” devem funcionar como uma ferramenta flexível adequada para diversos contextos de prestação de cuidados de saúde, particularmente em situações em que uma comunicação interpessoal eficaz é essencial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Direção-Geral de Saúde. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Lisboa: DGS; 2017. Available from: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>;
2. Correia AI, Melo ME, de Sousa LM, Zangão MO. Comunicação eficaz na transição dos cuidados em unidades de cuidados intensivos: método ISBAR. In: Zangão, M., Poeira A, Bilro PC, Sousa LM. Gestão em enfermagem baseada em evidências: prática, procedimentos e Intervenções. vol. 1. Editora Científica Digital LTDA. Guarujá, São Paulo, Brasil; 2024. Available from: <https://orcid.org/0000-0003-2899-8768>;
3. Portugal. Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro. Diário da República 2ª série, 187. Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026; 2021. 96-103. Available from: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>;
4. Ordem dos Enfermeiros. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: OE; 2012. Available from: <https://ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>;
5. Joanna Briggs Institute. CRITICAL APPRAISAL TOOLS. [Página Web] Austrália: JBI; 2020. Available from: <https://joannabriggs.org/criticalappraisal-tools>;
6. Dietl JE, Derksen C, Keller FM, Schmiedhofer M, Lippke S. Psychosocial Processes in Healthcare Workers: How Individuals’ Perceptions of Interpersonal Communication Is Related to Patient Safety Threats and Higher-Quality Care. International Journal of

- Environmental Research & Public Health. 2023; 20(9), 5698 doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph20095698>;
7. Reime MH, Tangvik LS, Kinn-Mikalsen MA, Johnsgaard T. Intrahospital Handovers before and after the Implementation of ISBAR Communication: A Quality Improvement Study on ICU Nurses' Handovers to General Medical Ward Nurses. Nursing Reports. 2024; 14(3):2072–2083 doi: <https://doi.org/10.3390/nursrep14030154>;
 8. Yung AH, Pak2 CS, Watson B. +A scoping review of clinical handover mnemonic devices. International Society for Quality in Health Care. 2023 doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzad065>;
 9. Zhou J, Zhang F, Wang H, Yin Y, Wang Q, Yang L, Dong B, Yuan J, Liu S, Zhao L, Luo W. Quality and efficiency of a standardized e-handover system for pediatric nursing: A prospective interventional study. Journal of Nursing Management. 2022; 30(8), 3714-3725 doi: <https://doi.org/10.1111/jonm.13549>;
 10. Chaica V, Marques R, Pontífice-Sousa P. ISBAR: AHandover Nursing Strategy in Emergency Departments, Scoping Review. Healthcare. 2024; 12, 399 doi: <https://doi.org/10.3390>;
 11. Figueiredo A, Potra TS, Lucas PB. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde: uma revisão scoping. Atas CIAIQ - Investigação Qualitativa em Saúde. 2019; 2 doi: <https://doi.org/10.1080/07853890.2018.1560159>;
 12. Caldas L, Gomes L. Comunicação Eficaz nas transições de Cuidados. In F. Barroso; S. Ramos; L. Sales. Guia Prático para a Segurança do Doente. Lidel - Edições técnicas. 2021; 79-88;
 13. Teixeira F. Qualidade e Segurança nos Cuidados de Enfermagem: um percurso [Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica]. 2021. Available from: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/34709/1/202743942.pdf>;
 14. Figueiredo AR, Potra TM, Lucas PR. Transição de cuidados de enfermagem: ISBAR na promoção da segurança dos doentes – revisão scoping. Ámbitos. Revista Internacional de Comunicación. 2020; 49:32-48 doi: <https://doi.org/10.12795/Ambitos.2020.i49.03>;
 15. Guerra A, Brás F, Siquenique J, Anacleto J, Ruivo MA, Marques M. Comunicação ISBAR na qualidade dos cuidados de saúde. Revista ibero-americana de saúde e envelhecimento – RIASE. 2023 doi: [http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2023.9\(2\).597.30-46](http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2023.9(2).597.30-46).

ANEXOS

ANEXO A – Certificado de Apresentação em Serviço sobre o tema “Contributos do EEER para a Promoção da Funcionalidade no Internamento de Medicina Interna: Dinamização de uma Sala de Atividades”



REPÚBLICA
PORTUGUESA



SNS



Formação em Serviço –

Declaração

Declara-se que a enfermeira Beatriz Isabel Cavaco Mendes Páscoa , no âmbito do Estágio Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Reabilitação, apresentou como formadora, a seguinte sessão de formação em Serviço na Medicina I e Medicina II, no dia 5 de junho de 2025:

- **Título:** Contributos do EEER para a Promoção da Funcionalidade no internamento de Medicina Interna: Dinamização de uma Sala de Atividades
- **Duração:** 1 h

5 de junho de 2025

**ANEXO B – Certificado de Participação nas 1as Jornadas do Núcleo de ER da ULS
Santa Maria**



ANEXO C – Certificado de Apresentação com a Comunicação Livre “Contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação para a Promoção da Funcionalidade no Internamento de Medicina Interna: Dinamização de uma Sala de Atividades” nas 1as Jornadas do Núcleo de ER da ULS Santa Maria



**ANEXO D – Certificado de Participação nas I Jornadas do Núcleo de ER da ULS Baixo
Alentejo**



I JORNADAS DO NÚCLEO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA INTEGRAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

CERTIFICADO

Certifica-se que, Beatriz Isabel Cavaco Mendes Páscoa
participou nas I Jornadas do Núcleo de Enfermagem de Reabilitação da ULSBA, que
decorreram em Beja dias 9 e 10 de Outubro de 2025, no auditório do Instituto Politécnico.

A Comissão Organizadora



ANEXO E – Certificado de Apresentação com a Comunicação Oral “Contributos de ER à Pessoa com Doença Respiratória Restritiva Aguda associada a Insuficiência Cardíaca: Estudo de Caso” nas I Jornadas do Núcleo de ER da ULS Baixo Alentejo



I JORNADAS DO NÚCLEO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA INTEGRAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

CERTIFICADO

Certifica-se que, **Beatriz Páscoa, Inês Luciano, Marisa Nunes**, participaram com o trabalho **“Contributos de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Doença Respiratória Restritiva Aguda associada a Insuficiência Cardíaca: Estudo de Caso”** na modalidade Comunicação Oral, nas I Jornadas do Núcleo de Enfermagem de Reabilitação, realizadas nos dias 9 e 10 de Outubro 2025 em Beja.

A apresentação oral esteve a cargo de **Beatriz Páscoa**.

A Comissão Organizadora



ANEXO F – Certificado de Participação na Realização do Estudo de Caso com Apresentação com a Comunicação Oral “Intervenção de Enfermagem de Reabilitação na Pessoa Idosa Submetida a Cirurgia Abdominal com Intolerância à Atividade: Estudo de Caso” nas I Jornadas do Núcleo de ER da ULS Baixo Alentejo



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
BAIXO ALENTEJO

I JORNADAS DO NÚCLEO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA INTEGRAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

CERTIFICADO

Certifica-se que, **Beatriz Páscoa, Carla Caetano, Inês Luciano, Fábio Antunes**, participaram com o trabalho **“Intervenção de Enfermagem de Reabilitação na Pessoa Idosa submetida a Cirurgia Abdominal com Intolerância à Atividade: Estudo de Caso”** na modalidade Comunicação Oral, nas I Jornadas do Núcleo de Enfermagem de Reabilitação, realizadas nos dias 9 e 10 de Outubro 2025 em Beja.

A apresentação oral esteve a cargo de **Inês Luciano**.

A Comissão Organizadora



ANEXO G – Rancho los Amigos Levels of Cognitive Functioning Scale

Rancho Los Amigos Levels of Cognitive Functioning Scale

Nível	Comportamento	Descrição
1	Sem Resposta (Assistência Total)	Ausência de mudanças comportamentais observáveis perante estímulo visual, auditivo, tátil, proprioceptivo, vestibular ou doloroso.
2	Resposta Generalizada (Assistência Total)	Apresenta resposta reflexa generalizada a estímulos dolorosos. Responde a estímulos externos com mudanças fisiológicas generalizadas, movimento corporal grosseiro, aumentando ou diminuindo o nível de atividade e/ou vocalização não intencional. As respostas mencionadas anteriormente podem ser as mesmas independentemente do tipo e localização do estímulo. As respostas podem ser tardias.
3	Resposta Localizada (Assistência Total)	Apresenta resposta motora em retirada ou vocalização a estímulos dolorosos. Afasta-se ou dirige-se a estímulos auditivos. Pestaneja quando uma luz intensa entra no seu campo visual. Segue objetos em movimento que entrem no seu campo visual. Responde ao desconforto puxando dispositivos médicos ou imobilizações. Responde inconsistentemente a ordens simples. As respostas são diretamente relacionadas com o tipo de estímulo. Por vezes responde a algumas pessoas (especialmente a família e amigos), mas não a outras.
4	Confuso – Agitado (Assistência Máxima)	Apresenta períodos de vigília e de elevado estado de atividade/reactividade. Apresenta tentativas para remover imobilizações, dispositivos médicos ou sair da cama. Por vezes, executa atividades motoras tais como sentar, andar e alcançar algo, sem qualquer propósito aparente ou a pedido de outrem. Momentos muito breves e geralmente não intencionais de atenção mantida. Ausência de memória de curto prazo. Ausência de comportamento dirigido a objetivos, de resolução de problemas e de automonitorização. Por vezes, chora ou grita de forma exagerada em resposta a estímulos, mesmo após a sua remoção. Por vezes, apresenta comportamento agressivo e/ou de fuga. O humor por vezes oscila da euforia à hostilidade sem relação aparente com o ambiente. Incapaz de cooperar nos cuidados. As verbalizações são frequentemente incoerentes e/ou inadequadas para as atividades ou ambiente.
5	Confuso – Inapropriado – Não Agitado (Assistência Máxima)	Vígil, sem agitação, por vezes vagueia ao acaso ou com vaga intenção de ir para casa. Por vezes, torna-se agitado em resposta a estímulos externos e/ou à falta de estruturação ambiental. Desorientado relativamente ao espaço e/ou tempo. Frequentes e breves períodos de atenção mantida, de carácter não intencional. Comprometimento grave da memória de curto prazo. Ausência de comportamento dirigido a objetivos, de resolução de problemas e de automonitorização. Demonstra frequentemente o uso inapropriado de objetos, sem orientação de outrem. Por vezes, é capaz de executar tarefas que lhe são familiares, com estruturação e orientação de outrem. Incapaz de aprender novas informações. Capaz de responder adequadamente a ordens simples, de forma consistente, com estruturação e orientação de outrem. As respostas a ordens simples, sem estruturação e orientação, são aleatórias e despropositadas. Capaz de conversar socialmente, num nível automático, por breves períodos de tempo, quando lhe é fornecida estruturação e orientação. As verbalizações sobre acontecimentos atuais tornam-se inapropriadas e confabuladas quando não lhe é fornecida estruturação e orientação.
6	Confuso – Apropriado (Assistência Moderada)	Inconsistentemente orientado em relação ao espaço e/ou tempo. Capaz de executar tarefas, que lhe são fortemente familiares, num ambiente sem distrações, durante 30 minutos, com assistência moderada. A memória de longo prazo tem maior profundidade e detalhe do que a memória de curto prazo. Reconhecimento vago de alguns funcionários. Capaz de usar auxiliares de memória com assistência máxima. Consciência emergente de respostas apropriadas para as necessidades básicas do

		próprio e da família. Comportamento progressivamente direcionado a objetivos relacionados com a satisfação das suas necessidades básicas. Necessita de assistência moderada para resolver problemas e obstáculos à conclusão de tarefas. Necessita de assistência mínima para executar tarefas aprendidas no passado. Demonstra iniciativa para executar tarefas reaprendidas. Necessita de assistência máxima para executar novas tarefas aprendidas, demonstrando reduzida ou nenhuma iniciativa. Sem consciência da sua deficiência, da sua incapacidade e dos riscos relativos à segurança. Segue orientações simples de forma consistente. As verbalizações são apropriadas em situações estruturadas e fortemente familiares.
7	Automático – Apropriado (Assistência mínima)	Consistentemente orientado em relação a si e ao espaço, em ambientes fortemente familiares. Assistência mínima na orientação temporal. Capaz de executar tarefas que lhe são fortemente familiares, num ambiente sem distrações, durante pelo menos 30 minutos, com assistência mínima para as concluir. Capaz de usar auxiliares de memória com assistência mínima. Necessita de assistência mínima para novas aprendizagens. Inicia e executa os passos para completar rotinas pessoais e domésticas, apresentando vaga memória do que esteve a fazer. Capaz de monitorizar a precisão e a totalidade de cada passo das rotinas pessoais e domésticas e modificar o plano com assistência mínima. Tem consciência superficial da sua condição, mas não das suas deficiências e incapacidades específicas, nem das limitações que estas colocam na sua capacidade de completar as rotinas com segurança e precisão, em contexto doméstico, comunitário, de trabalho e lazer. Assistência mínima para a segurança nas rotinas domésticas e atividades comunitárias. Planeamento irrealista do futuro. Incapaz de pensar sobre as consequências de uma decisão ou ação. Sobrestima capacidades. Tem dificuldade em reconhecer as necessidades e os sentimentos dos outros. Por vezes, apresenta comportamento de oposição/não cooperação. Tem dificuldade em reconhecer comportamentos inapropriados de interação social.
8	Intencional – Apropriado (Supervisão)	Consistentemente orientado em relação a si, ao espaço e ao tempo. Executa e completa tarefas que lhe são familiares, de forma independente, durante 1 hora, em ambientes com distrações. Capaz de recordar e integrar acontecimentos passados e recentes. Capaz de usar auxiliares de memória com supervisão. Inicia e executa os passos para completar rotinas pessoais, domésticas, comunitárias, de trabalho e de lazer, que lhe são familiares, com supervisão e modifica o plano, quando necessário, com assistência mínima. Não necessita de assistência para executar novas tarefas aprendidas. Tem consciência e reconhece as suas deficiências e incapacidades, quando estas interferem com a conclusão de tarefas, mas necessita de supervisão para tomar as medidas corretivas necessárias. Pensa sobre as consequências de uma decisão ou ação, com assistência mínima. Sobrestima ou subestima as suas capacidades. Reconhece as necessidades e os sentimentos dos outros e responde de forma apropriada com assistência mínima. Facilmente apresenta humor depressivo. Facilmente irritável. Baixa tolerância à frustração. Argumentativo. Tem dificuldade em compreender outros pontos de vista. Invulgarmente dependente/independente. Capaz de reconhecer um comportamento de interação social como inapropriado, enquanto este ocorre e de tomar medidas corretivas com assistência mínima.

Fonte: Adaptado de Pereira et al. (2021)

ANEXO H – QuickDASH

QuickDASH

Por favor, classifique a capacidade do participante para desempenhar as atividades seguintes na última semana, identificando a resposta mais adequada.

	Nenhuma dificuldade	Pouca dificuldade	Alguma dificuldade	Muita dificuldade	Incapaz
1. Abrir um frasco novo ou com tampa bem fechada.	1	2	3	4	5
2. Realizar tarefas domésticas pesadas (por exemplo: lavar paredes, lavar o chão).	1	2	3	4	5
3. Carregar um saco de compras ou uma pasta.	1	2	3	4	5
4. Lavar as costas.	1	2	3	4	5
5. Usar uma faca para cortar alimentos.	1	2	3	4	5
6. Atividades de lazer que exijam alguma força ou provoquem algum impacto no braço, ombro ou mão (por exemplo: golfe, martelar, ténis, etc.).	1	2	3	4	5
	Não afetou	Afetou pouco	Afetou	Afetou muito	Incapacitou
7. Em que medida é que, na última semana, o seu problema no braço, ombro ou mão afetou as suas atividades sociais habituais com a família, os amigos, os vizinhos ou outras pessoas?	1	2	3	4	5
	Não limitou nada	Limitou pouco	Limitou	Limitou muito	Incapacitou
8. Em que medida é que, na última semana, o seu problema no braço, ombro ou mão o limitou no trabalho ou noutras atividades diárias?	1	2	3	4	5

Por favor, classifique a gravidade dos sintomas seguintes na última semana.

	Nenhuma	Pouca	Alguma	Muita	Extrema
9. Dor no braço, ombro ou mão.	1	2	3	4	5
10. Dormência (formigueiro) no braço, ombro ou mão.	1	2	3	4	5

	Nenhuma dificuldade	Pouca dificuldade	Alguma dificuldade	Muita dificuldade	Dificuldade que não consigo dormir
11. Na última semana, teve dificuldade em dormir, por causa da dor no braço, ombro ou mão?	1	2	3	4	5

Pontuação incapacidades/sintomas = ([soma do nº de respostas ≠ nº de respostas] - 1) × 25

Não se pode calcular uma pontuação QuickDASH se existir mais de 1 item não válidos.

Módulo relativo ao trabalho (opcional)

As perguntas que se seguem são relativas ao impacto que o problema no braço, ombro ou mão do participante têm na sua capacidade para trabalhar (incluindo as tarefas domésticas, se estas forem a sua atividade principal).

Participante não trabalha: _____ (ignorar este módulo)

Profissão/atividade do participante: _____

	Nenhuma dificuldade	Pouca dificuldade	Alguma dificuldade	Muita dificuldade	Incapaz
Teve alguma dificuldade em:					
1. fazer os movimentos que normalmente utiliza no seu trabalho?	1	2	3	4	5
2. fazer o seu trabalho habitual devido a dores no braço, ombro ou mão?	1	2	3	4	5
3. fazer o seu trabalho tão bem como gostaria?	1	2	3	4	5
4. fazer o seu trabalho no tempo habitual?	1	2	3	4	5

Módulo relativo a desporto/música (opcional)

As perguntas que se seguem são relativas ao impacto que tem o problema no braço, ombro ou mão do participante, quando toca um instrumento musical, pratica desporto ou ambos. Se pratica mais do que um desporto ou toca mais do que um instrumento musical (ou ambos), responda em função da atividade que é mais importante para o participante.

Participante não pratica nenhum desporto nem toca nenhum instrumento: _____
(ignorar este módulo)

Desporto ou instrumento mais importante para o participante: _____

	Nenhuma dificuldade	Pouca dificuldade	Alguma dificuldade	Muita dificuldade	Incapaz
Teve alguma dificuldade em:					
1. usar a técnica habitual para tocar o instrumento musical ou praticar desporto?	1	2	3	4	5
2. tocar o instrumento musical ou praticar desporto devido a dores no braço, ombro ou mão?	1	2	3	4	5
3. tocar o instrumento musical ou praticar desporto tão bem como gostaria?	1	2	3	4	5
4. estar o tempo habitual a tocar o instrumento musical ou a praticar desporto?	1	2	3	4	5

Pontuar os módulos opcionais: Somar os valores atribuídos a cada resposta; dividir por 4 (número de itens); subtrair 1; multiplicar por 25.

A pontuação de um módulo opcional pode não ser calculada no caso de algum dos itens não ter sido respondido.

Fonte: Adaptado de Santos e Gonçalves (2005)

ANEXO I – *Medical Research Council Muscle Scale* [MRC]

Medical Research Council Muscle Scale (MRC)

Nível de Força	Observação Clínica
0	Paralisia Total.
1	Contração palpável ou visível.
2	Movimento ativo, arco de movimento com a gravidade eliminada.
3	Movimento ativo, arco de movimento completo contra gravidade.
4	Movimento ativo, arco de movimento completo com uma moderada resistência.
5	Normal, movimento ativo, arco de movimento completo contra resistência completa.

Fonte: Adaptado de OE (2016)

ANEXO J – Upper Limb Functional Index (ULFI)

Upper Limb Functional Index (ULFI)

Por favor, complete: o braço do participante pode dificultar a realização de algumas coisas que normalmente faz. Esta lista contém frases que as pessoas usam para descrever tais problemas. O participante deve pensar em si nos últimos dias. Se um item o(a) descreve, marque a caixa “Parcialmente” ou “SIM”. Se um item não o(a) descreve, marque a caixa “NÃO”.

	NÃO	Parcialmente	SIM
Por causa do meu braço:			
1. Eu fico em casa a maior parte do tempo.			
2. Eu mudo de posição frequentemente para ter mais conforto.			
3. Eu evito tarefas pesadas, por exemplo limpeza, levantar mais de 5kg, jardinagem, etc.			
4. Eu descanso com mais frequência.			
5. Eu peço que outras pessoas façam as coisas para mim.			
6. Eu tenho dor/problema quase o tempo todo.			
7. Eu tenho dificuldade em levantar e carregar (por exemplo, sacos, comprar até 5kg).			
8. O meu apetite agora está diferente.			
9. A caminhada, atividade recreativa ou desportiva está prejudicada.			
10. Eu tenho dificuldade com tarefas domésticas ou familiares.			
11. Eu durmo mal.			
12. Eu preciso de ajuda com cuidados pessoais, por exemplo com banho e higiene pessoal.			
13. As minhas atividades diárias (trabalho, contato social) estão prejudicadas.			
14. Eu estou mais irritado(a) e/ou mal-humorado(a).			
15. Eu sinto mais fraqueza e/ou rigidez.			
16. A minha independência para a locomoção está prejudicada (conduzir, usar transporte público).			
17. Eu tenho dificuldade para colocar o meu braço na manga da camisa ou blusa ou preciso de ajuda para me vestir.			
18. Eu tenho dificuldade para escrever ou utilizar o teclado e/ou o rato do computador.			
19. Eu não consigo realizar tarefas na altura do ombro ou acima dele.			
20. Eu tenho dificuldade em comer e/ou usar utensílios (por exemplo, faca, garfo, colher).			
21. Eu tenho dificuldade em segurar e mover objetos compactos (por exemplo, canecas, potes, latas).			
22. Eu costumo deixar coisas caírem e/ou sofrer pequenos acidentes com mais frequência.			
23. Eu uso o outro braço com mais frequência.			

24. Eu tenho dificuldade com botões, chaves, moedas, torneiras, recipientes ou tampas de rosca.			
25. Eu tenho dificuldade em abrir, segurar, empurrar ou pressionar (por exemplo, gatilhos, alavancas, portas pesadas).			

Pontuação Final = soma dos pontos atribuídos a todas as respostas
(sim = 1 ponto; parcialmente = 0,5 ponto; não = 0 pontos)

Pontuação Total (%) = $100 - (\text{pontuação final} \times 4)$

Fonte: Adaptado de Takahasi et al. (2021)

ANEXO K – Escala Modificada de *Barthel*

Escala Modificada de *Barthel*

CATEGORIA 1: Higiene pessoal
0 – A pessoa é incapaz de realizar a sua higiene pessoal, sendo dependente em todos os aspetos. 1 – A pessoa necessita de assistência em todos os passos da higiene pessoal. 3 – Necessita de alguma assistência num ou mais passos da higiene pessoal. 4 – A pessoa é capaz de conduzir a própria higiene, mas requer assistência mínima antes e/ou depois da tarefa. 5 – A pessoa pode lavar as mãos e face, limpar os dentes e barbear, pentear ou maquilhar-se.
CATEGORIA 2: Banho
0 – Totalmente dependente para realizar o banho. 1 – Requer assistência em todos os aspetos do banho. 3 – Requer assistência para transferir-se, lavar-se e/ou secar-se; incluindo a inabilidade em completar a tarefa pela sua condição ou doença. 4 – Requer supervisão por segurança no ajuste da temperatura da água ou na transferência. 5 – A pessoa deve ser capaz de realizar todas as etapas do banho, mesmo que necessite de equipamentos, mas não necessita que alguém esteja presente.
CATEGORIA 3: Alimentação
0 – Dependente em todos os aspetos e necessita ser alimentado. 2 – Pode manipular os utensílios para comer, usualmente a colher, porém necessita de assistência constante durante a refeição. 5 – Capaz de comer com supervisão. Requer assistência em tarefas associadas, como colocar leite e açúcar no chá, adicionar sal e pimenta, passar manteiga, virar o prato ou montar a mesa. 8 – Independência para se alimentar com um prato previamente montado, sendo a assistência necessária para, por exemplo, cortar carne, abrir uma garrafa ou um frasco. Não é necessária a presença de outra pessoa. 10 – A pessoa pode alimentar-se de um prato ou bandeja quando alguém coloca os alimentos ao seu alcance. Mesmo tendo necessidade de algum equipamento de apoio, é capaz de cortar carne, serve-se de temperos, passa a manteiga, etc.
CATEGORIA 4: Sanitário
0 – Totalmente dependente no uso da sanita. 2 – Necessita de assistência no uso da sanita. 5 – Pode necessitar de ajuda para se despir ou vestir, para transferir-se para a sanita ou para lavar as mãos. 8 – Por razões de segurança, pode necessitar de supervisão no uso da sanita. Pode usar um penico durante a noite, mas será necessária assistência para seu esvaziamento ou limpeza. 10 – A pessoa é capaz de se dirigir e sair da sanita, vestir-se ou despir-se, cuida-se para não se sujar e pode utilizar papel higiénico sem necessidade de ajuda. Caso necessário, ele pode utilizar uma comadre ou penico, mas deve ser capaz de os esvaziar e limpar.
CATEGORIA 5: Subir e descer escadas
0 – A pessoa é incapaz de subir escadas. 2 – Requer assistência em todos os aspetos relacionados a subir escadas, incluindo assistência com os dispositivos auxiliares. 5 – A pessoa é capaz de subir e descer, porém não consegue carregar os dispositivos, necessitando de supervisão e assistência. 8 – Geralmente, não necessita de assistência. Em alguns momentos, requer supervisão por segurança.

10 – A pessoa é capaz de subir e descer, com segurança, um lance de escadas sem supervisão ou assistência mesmo quando utiliza os dispositivos.
CATEGORIA 6: Vestuário
0 – A pessoa é dependente em todos os aspetos do vestir e incapaz de participar das atividades. 2 – A pessoa é capaz de ter algum grau de participação, mas é dependente em todos os aspetos relacionados ao vestuário 5 – Necessita assistência para se vestir ou se despir. 8 – Necessita assistência mínima para abotoar, prender o soutien, fechar o <i>zipper</i> , amarrar sapatos, etc. 10 – A pessoa é capaz de vestir-se, despir-se, amarrar os sapatos, abotoar e colocar um colete ou ortótese, caso eles sejam prescritos.
CATEGORIA 7: Controlo esfíncteriano (bexiga)
0 – A pessoa apresenta incontinência urinária. 2 – A pessoa necessita de auxílio para assumir a posição apropriada e para fazer as manobras de esvaziamento. 5 – A pessoa pode assumir a posição apropriada, mas não consegue realizar as manobras de esvaziamento ou limpar-se sem assistência e tem frequentes acidentes. Requer assistência com fraldas e outros cuidados. 8 – A pessoa pode necessitar de supervisão com o uso do supositório e tem acidentes ocasionais. 10 – A pessoa tem controlo urinário, sem acidentes. Pode usar supositório quando necessário.
CATEGORIA 8: Controlo esfíncteriano (intestino)
0 – A pessoa não tem controle de esfíncteres ou utiliza o cateterismo. 2 – A pessoa tem incontinência, mas é capaz de assistir na aplicação de auxílios externos ou internos. 5 – A pessoa fica geralmente seca ao dia, porém não à noite, e necessita dos equipamentos para o esvaziamento. 8 – A pessoa geralmente fica seca durante o dia e a noite, porém tem acidentes ocasionais ou necessita de assistência com os equipamentos de esvaziamento. 10 – A pessoa tem controle de esfíncteres durante o dia e a noite e/ou é independente para realizar o esvaziamento.
CATEGORIA 9: Deambulação
0 – Totalmente dependente para deambular. 3 – Necessita da presença constante de uma ou mais pessoas durante a deambulação. 8 – Requer assistência de uma pessoa para alcançar ou manipular os dispositivos auxiliares. 12 – A pessoa é independente para deambular, porém necessita de auxílio para andar 50 metros ou supervisão em situações perigosas. 15 – A pessoa é capaz de colocar os braços, assumir a posição ortostática, sentar e colocar os equipamentos na posição para o uso. O paciente pode ser capaz de usar todos os tipos de dispositivos e andar 50 metros sem auxílio ou supervisão. (Não pontue esta categoria caso a pessoa utilize cadeira de rodas.)
CATEGORIA 9: Cadeira de rodas
0 – Dependente para conduzir a cadeira de rodas. 1 – A pessoa consegue conduzi-la em pequenas distâncias ou em superfícies lisas, porém necessita de auxílio em todos os aspetos. 3 – Necessita da presença constante de uma pessoa e requer assistência para manipular a cadeira e transferir-se.

4 – A pessoa consegue conduzir a cadeira por um tempo razoável e em solos regulares. Requer mínima assistência em espaços apertados.

5 – A pessoa é independente em todas as etapas relacionadas a cadeira de rodas (manipulação de equipamentos, condução por longos percursos e transferências).

(Não se aplica aos pacientes que deambulam.)

CATEGORIA 10: Transferências de cadeira/cama

0 – Incapaz de participar da transferência. São necessárias duas pessoas para a pessoa com ou sem auxílio mecânico.

3 – Capaz de participar, porém necessita de máxima assistência de outra pessoa em todos os aspetos da transferência.

8 – Requer assistência de outra pessoa para transferir-se.

12 – Requer a presença de outra pessoa, supervisionando, como medida de segurança.

15 – A pessoa pode, com segurança, aproximar-se da cama com a cadeira de rodas, travar, retirar o apoio dos pés, mover-se para a cama, deitar, sentar ao lado da cama, mudar a cadeira de rodas de posição e voltar novamente para cadeira com segurança. A pessoa deve ser independente em todas as fases da transferência.

Categoria	Incapaz de realizar a tarefa	Requer ajuda substancial	Requer ajuda moderada	Requer ajuda mínima	Totalmente independente
1. Higiene pessoal	0	1	3	4	5
2. Banho	0	1	3	4	5
3. Alimentação	0	2	5	8	10
4. Uso do sanitário	0	2	5	8	10
5. Subir e descer escadas	0	2	5	8	10
6. Vestuário	0	2	5	8	10
7. Controlo esfíncteriano (bexiga)	0	2	5	8	10
8. Controlo esfíncteriano (intestino)	0	2	5	8	10
9. Deambulação (OU)	0	3	8	12	15
9. Cadeira de rodas	0	1	3	4	5
10. Transferências de cadeira/cama	0	3	8	12	15
					100

Interpretação de resultados:

- 0 – 25 pontos: Dependência Total
- 26 – 50 pontos: Dependência Severa
- 51 – 75 pontos: Dependência
- 76 – 99 pontos: Dependência Leve
- 100 pontos: Totalmente Independente

Fonte: Adaptado de Apóstolo (2012)

ANEXO L – Parecer Positivo da Comissão de Ética da Universidade de Évora



Documento 24170

Comissão de Ética da Universidade de Évora

A Comissão de Ética da Universidade de Évora informa que, com base nas apreciações favoráveis dos seus membros, deliberou dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto: “Promoção da Funcionalidade do Membro Superior do Adulto”, pela mestranda **Beatriz Isabel Cavaco Mendes Páscoa**, sob a supervisão de Prof. Doutor João Vítor da Silva Vieira (Responsável académico).

Universidade de Évora, 13 de outubro de 2025

O Presidente da Comissão de Ética

(Prof. Doutor Hugo Miguel Cardinho Alexandre Folgado)

ANEXO M – Parecer Positivo da Comissão de Ética de uma das Instituições de Estágio



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

PARECER E AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDO

Unidade Local de Saúde E.P.E.

Título: Estudo intitulado " Promoção da funcionalidade do membro superior do adulto".

Investigador Principal: Beatriz Isabel Cavaco Mendes Páscoa

A **Comissão de Ética** para a Saúde do Hospital informa que o trabalho em epígrafe obteve parecer positivo por unanimidade ☒ maioria ☐ em reunião do dia 20/05/2025.

Estiveram presentes:

☐ Nome:

☐ Nome:

☒ Nome:

☐ Nome:

☒ Nome:

☒ Nome:

☐ Nome:

☒ Nome:

☐ Nome:

☒ Nome:

☒ Nome:

Nota:

No Consentimento Informado deve ser retirado a figura de Representante Legal, dada a incoerência com a tipologia de doentes a incluir no estudo.

A CES solicita ao Investigador Principal que quando da conclusão deste estudo, lhe seja enviada uma síntese dos resultados e conclusões do mesmo.

Vice-Presidente da Comissão de Ética

O Estudo em epígrafe foi aprovado pelo **Conselho de Administração** em reunião do dia 02/06 /2025.

Dr. [Redacted Signature]

Presidente do Conselho de Administração

Almada, 02/06 /2025

ANEXO N – Autorização para Recolha de Dados por uma das Instituições de Estágio

Boa tarde Enfermeira Beatriz,

Espero que se encontre bem e lamento a demora nesta resposta.

De acordo com a Comissão Científica do [REDACTED], "este pedido enquadra-se num exercício de estágio curricular no âmbito do mestrado de enfermagem e não como um pedido de proposta de estudo para seguir para a Comissão de ética".

Assim, poderá realizar a recolha de dados no âmbito do seu mestrado

Qualquer esclarecimento adicional, disponha.

Com os melhores cumprimentos,

[REDACTED]
[REDACTED]



ANEXO O – Certificado de Participação no *Webinar* “Enfermagem de Reabilitação em Contexto Pediátrico”



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

BEATRIZ ISABEL CAVACO MENDES PÁSCOA

membro nº 97441 desta Ordem, participou no(a) "Webinar - Enfermagem de Reabilitação em contexto pediátrico", realizado no dia 30 de Outubro de 2024, com duração total de 2h30, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Lisboa, 30 de Outubro de 2024

O Bastonário



Luís Filipe Barreira

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

ANEXO P – Certificado de Participação no Webinar “Reabilitação Geriátrica”



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

BEATRIZ ISABEL CAVACO MENDES PÁSCOA

membro nº 97441 desta Ordem, participou no(a) "Enfermagem às Quintas - Reabilitação Geriátrica", realizado no dia 14 de Novembro de 2024, com duração total de 2 horas, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Porto, 14 de Novembro de 2024

O Presidente do Conselho Diretivo Regional do Norte

Miguel Vasconcelos

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

ANEXO Q – Certificado de Participação no *Webinar* “Reabilitação no Doente Cirúrgico”



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

BEATRIZ ISABEL CAVACO MENDES PÁSCOA

membro nº 97441 desta Ordem, participou no(a) "EaQ: Reabilitação no Doente Cirúrgico", realizado no dia 22 de Maio de 2025, com duração total de 2H, no(a) Plataforma digital "Cisco Webex Events".

Porto, 22 de Maio de 2025

O Presidente do Conselho Diretivo Regional do Norte

Miguel Vasconcelos

Esta atividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,00 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

ANEXO R – Certificado de Participação no Webinar “Ciência do Cuidar: Doação e Transplantação de Órgãos”



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

BEATRIZ ISABEL CAVACO MENDES PÁSCOA

membro nº 97441 desta Ordem, participou no(a) "Webinar - Ciência do Cuidar: Doação e Transplantação de Órgãos", realizado no dia 11 de Junho de 2025, com duração total de 2h, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Coimbra, 11 de Junho de 2025

Presidente do Conselho Diretivo Regional

Assinatura manuscrita de Valter Amorim em uma superfície branca.

Valter Amorim

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

ANEXO S – Certificado de Participação no *Webinar* “Cuidar com Consciência – Ética e Deontologia em Reflexão - Parte 1”



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

BEATRIZ ISABEL CAVACO MENDES PÁSCOA

membro nº 97441 desta Ordem, participou no(a) "WEBINAR - Cuidar Com Consciência - Ética E Deontologia Em Reflexão - Parte 1", realizado no dia 8 de Setembro de 2025, com duração total de 21h00 às 23h00, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Coimbra, 8 de Setembro de 2025

Presidente do Conselho Diretivo Regional

Valter Amorim

Esta atividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,00 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

ANEXO T – Certificado de Participação no Webinar “Cuidador Informal”



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

BEATRIZ ISABEL CAVACO MENDES PÁSCOA

membro nº 97441 desta Ordem, participou no(a) "EaQ - Cuidador Informal", realizado no dia 11 de Setembro de 2025, com duração total de 2 horas, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Porto, 11 de Setembro de 2025

O Presidente do Conselho Diretivo Regional do Norte

Miguel Vasconcelos

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

ANEXO U – Certificado de Participação no *Webinar* “Lesões Associadas ao Posicionamento Cirúrgico”



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

BEATRIZ ISABEL CAVACO MENDES PÁSCOA

membro nº 97441 desta Ordem, participou no(a) "EaQ - Lesões associadas ao posicionamento cirúrgico", realizado no dia 18 de Setembro de 2025, com duração total de 2 horas, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Porto, 18 de Setembro de 2025

O Presidente do Conselho Diretivo Regional do Norte

Assinatura manuscrita de Miguel Vasconcelos.

Miguel Vasconcelos

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

ANEXO V – Certificado de Participação no Webinar “Telereabilitação”



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

BEATRIZ ISABEL CAVACO MENDES PÁSCOA

membro nº 97441 desta Ordem, participou no(a) **"EaQ - Telereabilitação"**, realizado no dia 27 de Novembro de 2025, com duração total de 2 horas, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Porto, 27 de Novembro de 2025

O Presidente do Conselho Diretivo Regional do Norte

Miguel Vasconcelos

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

**ANEXO W – Certificado de Participação no *Webinar* “Ética e Deontologia na Prática:
Responsabilidades e Responsabilização”**



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

BEATRIZ ISABEL CAVACO MENDES PÁSCOA

membro nº 97441 desta Ordem, participou no(a) **"EaQ - Ética e Deontologia na prática: Responsabilidades e Responsabilização"**, realizado no dia 11 de Dezembro de 2025, com duração total de 2 horas, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Porto, 11 de Dezembro de 2025

O Presidente do Conselho Diretivo Regional do Norte

Miguel Vasconcelos

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

ANEXO X – Certificado de Participação no *Workshop* “Disfagia: do Diagnóstico à Preparação para a Alta”

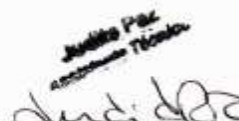
CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL



Certifica-se que **BEATRIZ ISABEL CAVACO MENDES PASCOA** natural de Portalegre, nascido(a) em 22/08/1998, com o Nº de Cartão de Cidadão 14820781-2ZX4 válido até 06/08/2025, concluiu com NA o Curso de Formação Profissional de "WORKSHOP: DISFAGIA DO DIAGNOSTICO À PREPARAÇÃO PARA A ALTA" de 17/04/2025 a 17/04/2025, com a duração de 04h00 hora(s).

Portalegre, 02 de fevereiro de 2026

 O(A) Responsável pela Unidade Local de Saúde do Alto Alentejo.


(Assinatura e selo branco ou carimbo da entidade formadora Certificada)
Serviço de Gestão do Conhecimento, Investigação e Documentação
Unidade Formativa Acreditada
Despacho nº 450 de 10/05/99 / Ministério da Saúde

Certificado nº 7/2025

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO ALENTEJO
Entidade Pública Empresarial criada pelo Decreto-Lei nº 50-B/2007, de 28 de fevereiro
Sede | Avenida de Santo António | 7301-853 Portalegre, PORTUGAL
TEL +351 245 301 000 | FAX + 351 245 330 359 | EMAIL : admin@ulsna.min-saude.pt | www.ulsna.min-saude.pt
MOD.45.SFIBD.03

Logo of the Portuguese Republic (República Portuguesa) and the National Health Service (SNS) are visible at the top left.

Logo of the Unidade Local de Saúde do Alto Alentejo is visible at the top right.

PLANO CURRICULAR

WORKSHOP

N.º Horas (Aprox.)

04h00

- Fisiopatologia da Deglutição;
- Rastreio da disfagia;
- Estratégias compensatórias;
- Estratégias de Reabilitação;
- Preparação para a alta;
- Prática.

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO ALENTEJO
Entidade Pública Empresarial criada pelo Decreto-Lei nº 50-B/2007, de 28 de fevereiro

Sede | Avenida de Santo António | 7301-853 Portalegre, PORTUGAL
TEL +351 245 301 000 | FAX + 351 245 330 359 | EMAIL : admin@ulsna.min-saude.pt | www.ulsna.min-saude.pt

MOD.45.SFIBD.03

**ANEXO Y – Certificado de Participação no *Workshop* “A Música na Saúde Mental”
Integrado no I Congresso Internacional sobre Promoção da Saúde**



CERTIFICADO

Certifica-se que, **Beatriz Isabel Cavaco Mendes Páscoa**, participou no **Workshop 2 – A Música na Saúde Mental** do **I Congresso Internacional sobre Promoção da Saúde** com o tema "**A Interdisciplinaridade para a Promoção da Saúde e Bem-Estar**" que decorreu no Campus Politécnico, dia 7 de março de 2025, das 14:30 às 17:30h.

Portalegre, 8 de julho de 2025

A Comissão Organizadora

Assinado por: **FRANCISCO JOSÉ LOURENÇO MONTEIRO**
Num. de Identificação: 08466122

A Comissão Científica

Assinado por: **ANA PAULA CALADO BAPTISTA ENES DE OLIVEIRA**
Num. de Identificação: 07308138
Data: 2025.11.14 19:05:03+00'00'

ESSyGERn19-Rev4
25-562

ANEXO Z – Apresentação em Serviço da *Scoping Review* “Qual a Influência da “ISBAR” na Qualidade dos Cuidados à Pessoa em Hospitalização?”



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALTO ALENTEJO

DECLARAÇÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Para os devidos efeitos, declara-se que **Beatriz Isabel Cavaco Mendes Páscoa**, natural de Portalegre – Sé e São Lourenço, com o Nº de Cartão de Cidadão 14820781 2 zx 4, válido até 06/08/2024, foi Formadora em Formação em Serviço, no Serviço de Ortopedia, do HDJMG – Portalegre, da ULSAALE, E.P.E., subordinada ao tema “Qual a influência da **ISBAR** na qualidade dos cuidados à pessoa em hospitalização?”, no dia 11/11/2024, com a duração de 1 hora.

Portalegre, 11 de novembro de 2024

O Responsável pela Unidade Local de Saúde do Alto Alentejo, E.P.E.


(Assinatura e selo branco ou carimbo da Entidade formadora Certificada)

Divisão de Formação, Investigação, Biblioteca e Documentação
Unidade Formativa Acreditada
Despacho nº 450 de 10/05/99 / Ministério da Saúde

ULSALE - UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO ALENTEJO - E.P.E.

Sede: Unidade de Saúde do Alto Alentejo - 7100-822 Portalegre, Portugal
Tels. + 351 244 094 000 - FAX + 351 244 094 000 - 24440 - email: ulsaale@ulsaale.pt - www.ulsaale.pt