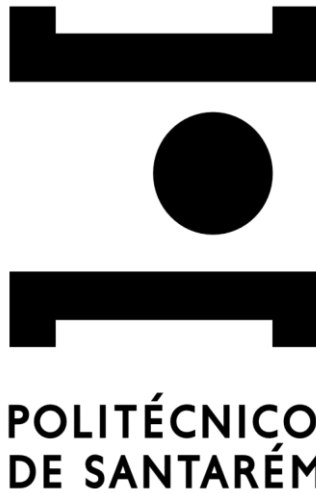


INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
Escola Superior de Saúde de Santarém



**”Treino de Equilíbrio e Propriedção como estratégia de
prevenção de quedas em idosos: intervenção do enfermeiro
especialista em enfermagem de reabilitação**

Relatório de Estágio
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Nome completo do Autor
Ricardo Manuel da Silva Santa Bárbara

Orientação:
Professor Doutor Luis Lisboa Santos

Dezembro,2025

Dedicatória

Dedico este relatório
aos que me ensinaram a sonhar com os olhos abertos
e a caminhar mesmo quando o caminho parecia incerto.

Aos meus tios e a minha irmã, que são raiz e asa,
luz que nunca se apaga nos meus dias mais cinzentos.

A Carina, Cristina, Sérgio, Eliana, Sofia, Marta que são porto e mar,
refúgio e horizonte, onde sempre me reencontro.

E a todos os que, com gestos pequenos mas imensos,
depositaram em mim a coragem de chegar até aqui.

Esta obra é vossa, tanto quanto minha.

Agradecimentos

A realização deste relatório de estágio de mestrado representa o culminar de um percurso exigente, intenso e profundamente transformador, marcado por desafios, aprendizagens e crescimento pessoal. Este trabalho não é apenas o resultado de um esforço individual, mas o reflexo do apoio, da presença e da dedicação de várias pessoas que caminharam comigo ao longo deste processo.

Em primeiro lugar, expresso a minha sincera gratidão ao/à meu/minha orientador do relatório de estágio, ao professor doutor Luis pela disponibilidade constante, orientação atenta, espírito crítico e incentivo contínuo. A sua confiança, apoio e partilha de conhecimento foram fundamentais para a concretização deste trabalho e para o meu desenvolvimento académico e pessoal.

Um agradecimento muito especial aos orientadores de estágio, pela disponibilidade, acompanhamento próximo, partilha de experiências e ensinamentos ao longo da prática clínica. O vosso apoio, profissionalismo e dedicação foram determinantes para a consolidação dos meus conhecimentos, para o desenvolvimento de competências e para o meu crescimento enquanto futuro profissional.

À minha família, deixo o meu mais profundo agradecimento pelo apoio incondicional, pela paciência nos momentos de maior exigência, pela compreensão silenciosa e pelas palavras de força quando o cansaço e a dúvida se fizeram sentir. A vossa presença foi essencial para nunca desistir e para acreditar que este caminho valia a pena.

Aos amigos e colegas, agradeço a amizade, a partilha, o incentivo constante e os momentos de ajuda, que tornaram este percurso mais leve e humano. O vosso apoio fez toda a diferença. Por fim, agradeço a todos aqueles que, de forma directa ou indirecta, contribuíram para a realização desta tese. Cada gesto, palavra ou apoio teve um papel importante neste percurso e ficará para sempre associado a esta conquista.

Acrónimos/Siglas

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CONSORT – Consolidated Standards of Reporting Trials

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EBSCO – Elton B. Stephens Company (plataforma de bases de dados científicas)

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EGA – Equipa de Gestão de Altas

ELA – Esclerose Lateral Amiotrófica

LMERT / LMER – Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho

MAR – Modelo de Adaptação de Roy

MeSH – Medical Subject Headings

MRC – Medical Research Council

OE – Ordem dos Enfermeiros

PICO – Population, Intervention, Comparison, Outcome

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

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

STROBE – Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology

TAS – Técnicos de Ação de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS – Unidade Local de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO – World Health Organization

Resumo

O relatório analisa e reflete criticamente a prática clínica desenvolvida enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, tendo fundamentação teórica o Modelo de Adaptação de Roy, as competências comuns e específicas em Enfermagem de Reabilitação, os Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros e a evidência científica realizada através de uma revisão sistemática da literatura. A prática decorreu em diferentes contextos: internamento, cuidados intensivos e comunidade, dado a entender que a pessoa é como um sistema adaptativo e permanente interação com estímulos fisiológicos, emocionais, sociais e ambientais. A reflexão demonstra que a enfermagem de reabilitação é um processo complexo, dinâmico e multidimensional, no qual a intervenção do enfermeiro especialista visa promover respostas adaptativas eficazes, autonomia funcional, prevenções de complicações e reforçando o autoconceito e a participação social. Com o decorrer da elaboração da revisão sistemática da literatura evidenciou a eficácia do treino de equilíbrio e propriocepção na prevenção de quedas em idosas, reforçando a importância de intervenções supervisionadas, individualizadas e contextualizadas. Com a prática especializada em enfermagem de reabilitação exige raciocínio clínico avançado, comunicação terapêutica, liderança na gestão dos cuidados e integração constante da evidência científica, contribuindo para ganhos na funcionalidade, bem-estar e cidadania da pessoa.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação; Modelo de Adaptação de Roy; Prevenção de Quedas; Propriocepção; Treino de Equilíbrio;

Abstract

The report analyses and critically reflects on the clinical practice developed as a Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing, grounded theoretically in Roy's Adaptation Model, the common and specific competencies in Rehabilitation Nursing, the Quality Standards of the Portuguese Nursing Council, and scientific evidence obtained through a systematic literature review. The practice took place in different contexts—hospital wards, intensive care units, and the community—highlighting the person as an adaptive system in constant interaction with physiological, emotional, social, and environmental stimuli.

The reflection demonstrates that rehabilitation nursing is a complex, dynamic, and multidimensional process, in which the intervention of the specialist nurse aims to promote effective adaptive responses, functional autonomy, prevention of complications, and the strengthening of self-concept and social participation. During the development of the systematic literature review, the effectiveness of balance and proprioception training in preventing falls among older women was evidenced, reinforcing the importance of supervised, individualized, and contextualized interventions.

Specialized practice in rehabilitation nursing requires advanced clinical reasoning, therapeutic communication, leadership in care management, and continuous integration of scientific evidence, contributing to gains in functionality, well-being, and citizenship of the person.

Keywords: Rehabilitation Nursing; Roy's Adaptation Model; Fall Prevention; Proprioception; Balance Training.

INDÍCE

INTRODUÇÃO.....	7
DESCRIÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS.....	10
1. CONTEXTO NEUROLÓGICO-TRAUMATOLÓGICO: UNIDADE DE NEUROCRÍTICOS	10
2. CONTEXTO NEUROLÓGICO-TRAUMATOLÓGICO: EM CONTEXTO DE CUIDADOS NA COMUNIDADE 10	
3. CONTEXTO NEURO-TRAUMATOLÓGICO EM CONTEXTO HOSPITALAR: NEUROLOGIA.....	11
4. CONTEXTO ORTO-TRAUMATOLÓGICO: ORTOPEDIA	11
5. CONTEXTO UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE: ESTAGIO II.....	12
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	12
1. MODELO TÉORICO DE CALLISTA ROY	12
2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	15
3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	16
4. PADRÃO DE QUALIDADE DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	20
5. REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA.....	22
ANALISE E REFLEXÃO SOBRE DA ATIVIDADE DESENVOLVIDA ENQUANTO EEER.....	32
CONCLUSÃO	43
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
ANEXOS	60

INTRODUÇÃO

No âmbito do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Santarém, surge a Unidade Curricular Estágio II e Relatório, que contempla a realização de um estágio clínico e a elaboração de um relatório final, com o objetivo de integrar a experiência prática com a reflexão crítica e o aprofundamento de uma temática específica da área de especialização. Este relatório constitui um requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação, conforme estipulado no Despacho n.º 7648/2014, de 11 de junho.

A elaboração deste documento tem como propósito evidenciar a capacidade de análise crítica e reflexiva sobre as experiências vivenciadas nos diferentes contextos de estágio, demonstrando o desenvolvimento progressivo das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER), tal como definidas pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º 125/2011 e n.º 392/2019).

O presente relatório resulta de um percurso formativo que decorreu em diferentes contextos de prática clínica, designadamente: na Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos, na Unidade de cuidados na comunidade, em relação Estágio, Unidade de Internamento de Neurologia, na Unidade de Ortopedia, na Unidade de Cuidados na Comunidade, em relação estágio II(UCC). Estes contextos, pela sua diversidade e complementaridade, proporcionaram uma visão abrangente da reabilitação nos diferentes níveis de cuidados — hospitalar, comunitário e domiciliário — e permitiram desenvolver uma prática profissional diferenciada, alicerçada na evidência científica e na humanização dos cuidados.

A Enfermagem de Reabilitação é uma área de especialização que se orienta para a maximização da funcionalidade e da autonomia da pessoa, prevenindo complicações, promovendo a readaptação funcional e contribuindo para a reintegração social. O enfermeiro de reabilitação atua em todas as fases do processo de saúde-doença, apoiando a pessoa, a família e a comunidade na gestão das limitações impostas pela doença, lesão ou incapacidade. Este papel requer competências técnico-científicas, relacionais e éticas avançadas, que permitam intervir de forma holística, contínua e adaptada às necessidades individuais.

Durante o percurso formativo, foi possível desenvolver e aplicar essas competências em contextos distintos. No internamento respiratório, privilegiou-se a avaliação funcional e o treino de exercícios respiratórios, promovendo a tolerância ao esforço e a qualidade de vida. No contexto cardíaco, a prática centrou-se na reabilitação pós-evento agudo, na educação terapêutica e na prevenção secundária. No setor orto-traumatológico, as intervenções visaram a mobilização precoce, o treino de marcha e a prevenção de complicações associadas à imobilidade. Em contexto comunitário, a abordagem focalizou-se na continuidade dos cuidados, na capacitação dos cuidadores informais e na promoção da independência no domicílio. Por fim, o estágio na unidade cardiorrespiratória permitiu consolidar conhecimentos avançados na reabilitação da pessoa com patologia cardiorrespiratória complexa.

A prática foi norteada pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento n.º 350/2015), que definem as dimensões essenciais para a excelência dos cuidados: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional e organização dos serviços de enfermagem. Estes princípios orientaram a planificação, execução e avaliação dos cuidados prestados, garantindo uma prática segura, ética e baseada na evidência.

Do ponto de vista teórico, a intervenção e reflexão desenvolvidas ao longo dos estágios foram sustentadas pelo Modelo de Adaptação de Callista Roy, que compreende a pessoa como um sistema adaptativo em constante interação com o ambiente. De acordo com este modelo, a saúde é entendida como o resultado da eficácia das respostas adaptativas aos estímulos internos e externos, e o papel do enfermeiro consiste em promover respostas adaptativas eficazes nos quatro modos de adaptação: fisiológico, autoconceito, função do papel e interdependência. A integração deste modelo na prática de enfermagem de reabilitação possibilitou uma abordagem holística, sistematizada e centrada na pessoa, respeitando a sua singularidade e potencial adaptativo.

A escolha da temática de aprofundamento decorreu da identificação, durante os contextos de prática, da relevância das intervenções de reabilitação na prevenção de quedas em idosos, particularmente através do treino de equilíbrio e proprioceção. Esta problemática, cada vez mais presente numa população envelhecida, tem impacto direto na funcionalidade, na autonomia e na qualidade de vida das pessoas. Assim, foi realizada uma revisão sistemática da literatura com o objetivo de identificar a evidência científica atual sobre a eficácia dos programas de treino de equilíbrio e proprioceção na melhoria do controlo postural e na prevenção de quedas em pessoas

idosas residentes na comunidade, destacando o contributo do enfermeiro de reabilitação neste domínio.

A elaboração deste relatório visa, assim, evidenciar o percurso formativo e o desenvolvimento das competências especializadas do enfermeiro de reabilitação, bem como refletir criticamente sobre o papel deste profissional na promoção da funcionalidade, na prevenção de complicações e na melhoria da qualidade de vida das pessoas em processo de reabilitação.

Objetivo Geral

- Analisar criticamente o desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem de Reabilitação, articulando a prática clínica nos diferentes contextos de estágio com a evidência científica e com o enquadramento teórico-conceitual da disciplina.

Objetivos Específicos

- Refletir sobre o processo de aquisição e consolidação das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação;
- Identificar as intervenções de enfermagem de reabilitação eficazes na prevenção de quedas em idosos, com base numa revisão sistemática da literatura;
- Aumentar a integração da prática baseada na evidência na planificação e execução dos cuidados de reabilitação;
- Contribuir para o fortalecimento da identidade e da autonomia científica e ética da Enfermagem de Reabilitação.

DESCRIÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS

A seleção dos locais clínicos resultou de um processo de reflexão, tendo em vista a revisão sistemática desenvolvida, neste presente trabalho, centrada no treino de equilíbrio e na propriocepção, na população idosa, permitindo assim uma prática clínica decorre-se suportada com base da evidência científica, dando assim a possibilidade, de colocar em prática o conhecimento teórico, para uma intervenção especializada em contexto real, assim como o desenvolvimento de competências avançadas em enfermagem de reabilitação. Apesar estar aqui descrito estes campos de estágios, foram realizados estágios ULS S.José e na unidade de ULS S.Maria.

1. Contexto neurológico-traumatológico: Unidade de Neurocríticos

O estágio realizado decorreu entre os dias 11 e 23 de novembro de 2024, perfazendo cerca de 45 horas, distribuídas por aproximadamente seis turnos. Esta unidade tem capacidade para 16 doentes, sendo que 12 camas destinadas ao nível III, ou seja, cuidados intensivos, e as restantes quatro camas ao nível II, destinado a cuidados intermédios, onde os doentes se encontram mais estáveis.

Esta equipa de cuidados intensivos é composta por 2 médicos presentes 24 horas por dia, 20 enfermeiros generalistas e enfermeiros de diferentes especialidades. Na equipa existem sete enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, bem como fisioterapeutas, terapeutas da fala e terapeutas ocupacionais.

Neste serviço são prestados cuidados a pessoas com alterações neurológicas resultantes de condições patológicas como hemorragias intracranianas, traumatismos da coluna, lesões expansivas e doenças neurodegenerativas, que requerem intervenções de enfermagem de reabilitação especializadas.

2. Contexto neurológico-traumatológico: em contexto de cuidados na comunidade

O estágio realizado na Unidade de Cuidados na Comunidade decorreu entre os dias 25 de novembro e 20 de dezembro de 2024, perfazendo cerca de 119 horas, distribuídas por aproximadamente 15 turnos.

A UCC não tem limitação de doentes dando, por isso, resposta aos que necessitam de cuidados por parte da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). No caso desta tipologia de doentes, é necessária uma referenciação por parte da Equipa de Gestão de Altas Hospitalares (EGA) ou pela Unidade de Saude Familiar . Dessa forma, os critérios de referenciação podem ir, por exemplo, desde feridas crónicas a casos que necessitam de reabilitação após um internamento médico ou cirúrgicos, em casos de doentes que aguardam vaga em Unidades de Cuidados Continuados e até doentes com dificuldades na deslocação aos Centros de Saúde.

Esta equipa da UCC é composta por uma fisioterapeuta, uma terapeuta de ocupacional, uma técnica de assistente social, uma administrativa, técnicos de ação médica (TAS) oitos enfermeiros, entre os quais dois especialistas em enfermagem de reabilitação, dois em enfermagem comunitária e dois em enfermagem comunitária e saúde pública, uma especialista em saúde mental e Psiquiatria e uma enfermeira de cuidados gerais.

3. Contexto neuro-traumatológico em contexto hospitalar: Neurologia

O estágio realizado no serviço de neurologia ,decorreu entre os dias 6 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2025, perfazendo cerca de 119 horas, distribuídas por aproximadamente 11 turnos. A neurologia tem capacidade para 12 doentes, existindo assim 4 quartos, com 3 camas em cada quarto.

Esta equipa de neurologia é por composta por 6 médicos, 5 enfermeiros generalistas e enfermeiros de diferentes especialidades. Na equipa existem três enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, bem como fisioterapeutas, terapeutas da fala e terapeutas ocupacionais, administrativa e TAS.

A tipologia de pessoas acompanhadas neste serviço caracteriza-se pela presença de alterações neuromotoras e sensoriais associadas a patologias como polineuropatias, AVC, ELA e síndrome de Guillain-Barré. Estas condições traduzem-se em respostas humanas como parestesias, diminuição da força muscular, limitações na mobilidade e necessidade de apoio no desempenho das atividades da vida diária.

4. Contexto Orto-traumatológico: Ortopedia

O contexto orto-traumatológico entre os dias 31 de março até dia 26 de Abril de 2025, correspondendo a cerca de 57 horas de contexto com a reabilitação orto-traumatológica.

Nesta equipa interdisciplinar é composta por fisioterapeutas, médicos especialistas em ortopedistas, com os seus residentes da sua área especializadas, assistentes técnicas, enquanto a equipa de enfermagem é composta por 6 enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, e 14 enfermeiros de cuidados gerais e TAS.

Neste serviço é composto por duas divisões têm um quarto de alta rotatividade, ou seja, onde o internamento desde doentes têm apenas dois dias, é composto por 6 camas. E depois têm o internamento dito normal, que é composto por cerca de 3 quartos, composto por 12 camas de internamento. Neste serviço têm diferentes tipos de pessoas com alterações na mobilidade, devido a diferentes diagnósticos médicos: com por exemplo: Gonatroses, Coxatroses, Fraturas do fémur, do Ombro, onde os utentes acabam por serem submetidos a colocação de próteses, ou então fixadores externos ou internos.

5. Contexto Unidade de Cuidados na comunidade: Estágio II

O contexto de cuidados na comunidade, decorreu na unidade local de saúde de Santa Maria (Unidade de saúde de Alta de Lisboa), na UCC entre os dias 28 de abril até dia 8 de junho de 2025, correspondendo a cerca de 103 horas de contexto com a reabilitação na comunidade.

Nesta equipa é composta por 2 enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, 6 enfermeiros especialistas em saúde comunitária: sendo que as áreas de intervenções destes enfermeiros: na realização dos domicílios, saúde escolar, saúde mental na comunidade, 2 enfermeiros de cuidados gerais,

Esta experiência decorreu numa unidade funcional dos cuidados de saúde primários, integrada numa equipa de cuidados continuados e domiciliários, em articulação com os programas da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Enquadramento Teórico

1. MODELO TÉORICO DE CALLISTA ROY

O desafio para os enfermeiros deverá, sempre que possível, centrar-se em prestar o melhor serviço, bem como num contínuo esforço de melhoria nos cuidados de saúde prestados, independentemente da condição de cada utente ou grupos da comunidade. A promoção do reconhecimento da enfermagem enquanto disciplina autónoma no seio das ciências da saúde deve ser outra prioridade. Para alcançar tais objetivos, torna-se essencial a produção, validação

e consolidação do conhecimento próprio da enfermagem. Este conhecimento é produzido a partir da observação sistemática, da prática clínica, da investigação científica e da reflexão filosófica, e encontra expressão nos modelos conceituais e teorias de enfermagem, os quais constituem um produto estruturado desses processos (Fawcett, 2005; McEwen & Wills, 2019).

Os modelos de enfermagem podem ser entendidos como representações abstratas e descritivas da prática profissional, organizadas em torno dos denominados metaparadigmas da enfermagem: pessoa, ambiente, saúde e enfermagem. Estes conceitos fundamentais permitem delimitar a área de atuação da disciplina, orientando a prática, o ensino e a investigação. Assim, os modelos conceituais não apenas descrevem a prática de enfermagem, mas também fundamentam a sua natureza científica e ética, oferecendo um quadro teórico para a tomada de decisão clínica e para a análise crítica das intervenções (Roy & Andrews, 1999).

No âmbito desta reflexão, destaca-se a perspectiva de Callista Roy, que entende a enfermagem como uma disciplina dedicada ao cuidado dos processos de vida humanos, com ênfase na promoção da saúde de indivíduos, famílias, grupos e sociedades. Segundo a autora, a ciência e a prática da enfermagem devem expandir a capacidade adaptativa das pessoas e melhorar a sua interação com o ambiente, facilitando transformações positivas (Roy, 2009).

Para Roy, a pessoa — seja enquanto indivíduo, família, organização, comunidade ou sociedade — constitui um sistema holístico, permanentemente exposto a circunstâncias, condições e influências do meio, as quais moldam o seu desenvolvimento e bem-estar. O ambiente, por sua vez, é conceptualizado como o conjunto dinâmico de circunstâncias internas e externas que cercam e afetam o comportamento e a saúde da pessoa. Estas condições ambientais em constante mudança impõem exigências adaptativas, estimulando a pessoa a desenvolver respostas adequadas para manter ou recuperar a sua integridade física, psicológica e social (Roy & Andrews, 1999).

É importante salientar que, para Roy, a saúde não se traduz na ausência de doença ou na eliminação de situações inevitáveis, como a dor, o sofrimento, o stress ou a morte. Pelo contrário, a saúde é entendida como um reflexo da eficácia das respostas adaptativas da pessoa na sua interação com o ambiente. Assim, uma pessoa saudável é aquela que, apesar das adversidades inevitáveis, é capaz de lidar com elas de forma competente, mantendo a maior integridade e qualidade de vida possível (Roy, 2009).

Deste modo, os modelos conceituais e teorias de enfermagem — com destaque para o Modelo de Adaptação de Roy — constituem não apenas um referencial teórico, mas também uma ferramenta prática que orienta os profissionais na promoção de respostas adaptativas eficazes, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados e para a afirmação da enfermagem como disciplina científica e autónoma.

O Modelo de Adaptação de Roy (MAR) tem uma relevância particular para a enfermagem de reabilitação, pois fornece um quadro conceptual que compreende a pessoa como um sistema

adaptativo, em constante interação com o ambiente, e visa promover a sua capacidade de adaptação física, psicológica e social (Roy, 2009). A enfermagem de reabilitação centra-se precisamente nesses mesmos objetivos: apoiar a pessoa no restabelecimento ou maximização da funcionalidade e autonomia após uma alteração fisiológica, trauma ou incapacidade.

A enfermagem de reabilitação intervém junto de pessoas que experienciam alterações nas suas respostas humanas e enfrentam mudanças significativas na sua vida diária, resultantes de processos de transição de saúde que afetam a mobilidade, a autonomia e o bem-estar. O foco da intervenção do enfermeiro de reabilitação é potenciar as capacidades remanescentes, promover a adaptação à nova condição de vida e favorecer o desenvolvimento de competências de autocuidado, de modo a melhorar a qualidade de vida e a participação ativa da pessoa no seu processo de reabilitação. O MAR entende a pessoa como um sistema aberto, que precisa de se adaptar a novos estímulos (focais, contextuais e residuais) para restabelecer o equilíbrio (Roy & Andrews, 1999). Esta visão ajuda os enfermeiros de reabilitação a identificar os fatores que afetam a adaptação e a planear intervenções individualizadas.

O modelo de Roy propõe quatro modos de adaptação — fisiológico, autoconceito, função do papel e interdependência — que são diretamente aplicáveis ao processo de reabilitação (Roy, 2009):

- **Fisiológico:** recuperação da função corporal, treino motor, gestão de dor, prevenção de complicações como úlceras por pressão ou contraturas.
- **Autoconceito:** reconstrução da autoestima e identidade após alterações corporais e limitações.
- **Função do papel:** reaquisição ou redefinição de papéis familiares, sociais e profissionais.
- **Interdependência:** fortalecimento das relações afetivas e redes de apoio, essenciais para a reintegração social.

Estes modos permitem ao enfermeiro de reabilitação avaliar, intervir e monitorizar de forma estruturada as múltiplas dimensões da pessoa, não se limitando ao aspeto físico, mas também considerando as dimensões emocional e social (Fawcett, 2005).

O principal objetivo da enfermagem, segundo Roy, é promover respostas adaptativas eficazes e minimizar as ineficazes, de modo a facilitar a integração e a qualidade de vida (Roy, 2009). Em contexto de reabilitação, isto significa que o enfermeiro não apenas trata as limitações, mas também capacita a pessoa para lidar com as novas condições de vida, ajudando-a a encontrar significado e propósito apesar das restrições impostas pela doença.

O MAR também contribui para a prática baseada na evidência e para a investigação, pois fornece conceitos e relações que podem ser operacionalizados e testados em estudos científicos

(McEwen & Wills, 2019). Diversos estudos têm demonstrado a sua utilidade para melhorar a qualidade dos cuidados e os resultados em saúde em programas de reabilitação (Fawcett, 2005) Em síntese, o Modelo de Adaptação de Roy é especialmente relevante na enfermagem de reabilitação porque oferece um enquadramento teórico coerente com os objetivos desta especialidade: promover a autonomia, funcionalidade e bem-estar da pessoa através de intervenções que facilitam a adaptação às novas realidades impostas pela doença ou incapacidade. Ao orientar os enfermeiros para uma prática holística, centrada na pessoa e sensível às suas necessidades físicas, psicológicas e sociais, o modelo contribui para a prestação de cuidados mais eficazes, humanizados e personalizados.

O Modelo de Adaptação de Callista Roy oferece um quadro teórico abrangente para compreender a pessoa como sistema adaptativo e orientar a prática de enfermagem para a promoção da saúde. Ao integrar os diferentes domínios do ser humano e da sua interação com o ambiente, o modelo contribui para cuidados mais holísticos, personalizados e baseados em evidência. A sua implementação na prática exige formação, reflexão crítica e adaptação às especificidades culturais e contextuais dos utentes

2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns do enfermeiro especialista encontram-se estabelecidas pela Ordem dos enfermeiros, através do *regulamento nº140/2019, de 6 de fevereiro*, que orienta as competências transversais a todas as áreas de especialidade. Nestas competências estruturam-se em torno da responsabilidade, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados, do desenvolvimento das aprendizagens profissionais e do desenvolvimento profissional, constituído o referencial para uma prática avançada, autónoma e baseada na evidência científica.

A dimensão da responsabilidade profissional, ética e legal implica que o enfermeiro especialista atue como garante da segurança e da qualidade dos cuidados, com um papel ativo na segurança da pessoa. Artigos recentes evidenciaram que os enfermeiros com competências avançadas contribuem para identificar precocemente riscos, prevenir eventos que coloquem em causa a segurança da pessoa, e promover praticas seguras, dado um impacto positivo na segurança do doente nas instituições de saúde (Glarcher & Vaismoradi, 2024). Neste campo liga-se com a exigência de uma prática reflexiva e fundamentada, em que o especialista responde pelos juízos clínicos que emite e pelas intervenções de enfermagem que prescreve e executa.

Na categoria da melhoria continua da qualidade, o enfermeiro especialista deve participar em processos de monitorização de indicadores, desenvolvimento de protocolos e implementação de

intervenções baseadas na evidência. De acordo, com Notarnicola et al. 2025 demonstra que as competências de enfermagem demonstra que as competências nucleares dos profissionais de saúde devem incluir a capacidade de integrar métodos de melhoria de qualidade, utilizando sistematicamente dados e avaliação de resultados em saúde, reforçando o papel do enfermeiro como mudança organizacional.

Na gestão dos cuidados constitui outra componente central das competências comuns, traduzindo-se na capacidade do enfermeiro especialista para planejar, coordenar e avaliar intervenções em contexto complexo, fazendo a ligação com diferentes elementos da equipa e níveis de saúde. Bales et.al,2025 descreve o impacto de enfermeiros na prática avançada e especializada, onde assumem funções de coordenação de percursos assistenciais, gestão dos casos e articulação interprofissional, com ganhos em continuidade de cuidados, satisfação das pessoas e utilização mais eficientes dos recursos.

De acordo com a competência do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista assume um papel formativo junto de estudantes e pares, promovendo ambientes de aprendizagem clínica e a disseminação de boas práticas.

Por último, a competência de desenvolvimento profissional relaciona-se com o compromisso do enfermeiro especialista com a investigação, a inovação e a participação na definição de políticas de saúde. Lima et.al, 2021, refere que os enfermeiros especialistas contribuem para a produção de conhecimento e para a demonstração de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, no caso de enfermagem de reabilitação: na funcionalidade, autonomia, qualidade de vida e transições de saúde de pessoas com doença crónica ou em situação de dependência. Estes resultados reforçam que as competências comuns do enfermeiro especialista, devem ser realizadas na prática clínica, têm impacto concreto na segurança, qualidade e humanização dos cuidados, contribuindo simultaneamente para o avanço da disciplina de enfermagem em Portugal.

3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

O enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) desempenha um papel no apoio e recuperação de pessoas com condições de saúde que comprometem a funcionalidade física, cognitiva, emocional ou social. A sua prática é regulamentada pela Ordem dos enfermeiros (OE), sendo detalhada no regulamento nº 392/2019, onde são definidas as competências específicas organizadas em diversos domínios de intervenção.

O regulamento nº392/2019 publicado em diário da república, descreve que a reabilitação com conjunto de saberes e condutas específicos que permite auxiliar os utentes em fase aguda, crónica ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação desempenha um papel no processo de promoção da saúde, prevenção de complicações, e na recuperação funcional de indivíduos que apresentam condições de saúde que afetam a sua mobilidade, autonomia e qualidade de vida. Este profissional possui um conjunto de competências específicas que o capacitam para intervir de forma especializada e direcionada, sempre com base em evidências científicas e num profundo conhecimento das condições de saúde.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação concebe, coloca em prática e deve supervisionar os planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, tendo com base os problemas reais e potenciais das pessoas. E como desenvolvimento elevado de conhecimentos e de experiência, permite ao enfermeiro especialista de tomar decisões relativas à promoção de saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação potencializando a pessoa. (Regulamento n.º392/2019, 2019)

A sua intervenção visa progredir o diagnóstico precoce e medidas preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a certificar a manutenção das capacidades funcionais dos doentes, prevenir dificuldades e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida diária, e diminuir o choque das incapacidades instaladas em diferentes níveis tais como, neurológica, cardíaca, respiratória e músculo-esqueléticas e outras incapacidades. (Regulamento n.º392/2019)

De acordo com o Diário da República, regulamento n.º392/2019, descreve as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação:

“Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”. (Regulamento n.º392/2019, 2019).

Permite ao enfermeiro de reabilitação, identificar as necessidades dos indivíduos ao longo do ciclo vital, onde tem a impossibilidade de executar as atividades de vida diária, de forma independente, tendo em aspeto a sua condição de saúde, deficiência, limitação da atividade. Para isso, o enfermeiro de reabilitação tem de realizar um plano, implementar e avaliar este plano, tendo em conta a qualidade de vida, a reintegração e participação na sociedade (Regulamento n.º392/2019).

“Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para reinserção e o exercício da cidadania.” (Regulamento n.º392/2019, 2019)

Esta competência evidencia o papel transformador do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, que atua não apenas na recuperação física ou funcional, mas também no resgate da autonomia, dignidade e pleno exercício dos direitos de cidadania.

Trata-se de uma abordagem centrada na pessoa, com o objetivo de reintegrá-la na sociedade, promovendo qualidade de vida e inclusão social. Dessa forma, permite ao EEER estudar a problemática da deficiência, a restrição da atividade e da limitação da participação na sociedade atual, tendo em conta o evolução e implementação de ações autónomas e/ou pluridisciplinares de acordo com contexto social, político e económico que apontem a uma consciência social inclusiva. (Regulamento nº392/2019).

A capacitação de uma pessoa para a reinserção e o exercício da cidadania é um dos pilares da Enfermagem de Reabilitação. Esta competência reconhece que a saúde não é apenas ausência de doença, mas a capacidade de viver de forma digna, ativa e integrada na sociedade.

O enfermeiro especialista desempenha um papel fundamental no processo, prestando o apoio necessário a alcançar o seu potencial máximo e a viver de forma plena. Com aplicação desta competência, o enfermeiro transforma vidas ao restaurar a dignidade e a autoconfiança da pessoa, contribui para sociedade mais inclusiva e justa e por fim, reforça a consciência social sobre os direitos e potencialidades das pessoas com deficiências ou limitações.

“Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”

(Regulamento n.º392/2019)

Participa com o indivíduo no sentido de desenvolver funções que permitem maximizar as suas perícias funcionais e assim permitir uma melhor performance motor, cardíaco e respiratório, potenciando a sua capacidade e o desenvolvimento pessoal (Regulamento n.º392/2019). Esta competência destaca a essência de enfermagem de reabilitação: Capacitar a pessoa para viver com dignidade, autonomia e participação ativa na sociedade. Este processo vai além da recuperação física, abordando também os aspetos emocionais, sociais e culturais, numa abordagem integral e personalizada que coloca a pessoa no centro do cuidado. O enfermeiro de reabilitação não só promove a funcionalidade, mas também devolve esperança e propósito à vida de que enfrenta desafios.

O EEER também deve ter uma abordagem holística que o enfermeiro de reabilitação adota, considerando: a dimensão física (promoção da recuperação funcional e da autonomia), a dimensão emocional (apoio na adaptação às mudanças associadas à condição de saúde), a dimensão social (Promoção da inclusão social e da participação ativa na comunidade) e dimensão espiritual (respeito pelas crenças e valores da pessoa, que podem ser essenciais no processo de recuperação). De acordo com esta competência em cima, o enfermeiro de reabilitação é um profissional que intervém de forma personalizada, integrada e contínua, acompanhado as pessoas ao longo da sua jornada de vida e promovendo sempre a dignidade, a autonomia e a qualidade de vida, independentemente do contexto ou da fase do ciclo vital.

A competência central do EEER é avaliação especializada das necessidades da pessoa. O enfermeiro está habilitado para realizar uma avaliação detalhada e sistemática da funcionalidade

da pessoa, tendo em conta, o sistema neuromuscular, músculo-esquelético, cardiorrespiratório, cognitivo e sensorial e sexualidade. Para isso, recorre a instrumentos de avaliação específicos (por exemplo, escala de coma de Glasgow, índice de dependência de Barthel, Escala de espasticidade de Ashworth modificada, etc...), permite identificar as capacidades das pessoas, os défices existentes e as potenciais barreiras à reabilitação.

Com base nesta avaliação, o EEER elabora planos de cuidados individualizados, que têm como objetivo a maximização do potencial funcional da pessoa. O planeamento inclui definição de objetivos realistas e alcançáveis, que são ajustados ao longo do processo de reabilitação, em colaboração estreita com a pessoa, a sua família e a equipa interdisciplinar.

No âmbito das competências do colégio da especialista em enfermagem de reabilitação, o enfermeiro especialista intervém diretamente na reabilitação de utentes com diversas condições de saúde, como sequelas de acidentes vasculares cerebrais, traumatismos crânio-encefálicos, lesões medulares, doenças neuromusculares, amputações, doenças respiratórias crónicas ou condições músculo-esqueléticas. As intervenções incluem a prescrição e implementação de exercícios terapêuticos, a aplicação de técnicas de mobilização, o ensino de estratégias para a realização de atividades de vida diária, e o treino no uso de dispositivos de apoio, como próteses, ortóteses ou cadeiras de rodas.

Outro aspeto relevante do seu trabalho é a prevenção de complicações secundárias, como úlceras por pressão, contraturas, infeções respiratórias ou dificuldades na circulação. O enfermeiro especialista em reabilitação tem competências para implementar estratégias que minimizem o risco destas complicações, promovendo a integridade da pele, a mobilidade, tolerância a atividade, treino da função cardíaca e respiratório.

Para além disso, o EEER têm um papel importante na educação para a saúde, tanto dos utentes como das suas famílias, promovendo a adoção de comportamentos que favoreçam a autonomia e a integração social. Esta educação pode envolver temas como a gestão da condição de saúde, o uso seguro de dispositivos de apoio, a prevenção de quedas, ou a adaptação ao ambiente físico.

A reabilitação psicossocial é outra área de intervenção significativa. O enfermeiro de reabilitação apoia os utentes na gestão do impacto emocional e psicológico das suas condições de saúde, ajudando-os a desenvolver estratégias de coping e a reintegrar-se plenamente na comunidade. Por fim, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação tem competências de liderança, investigação e formação, que são fundamentais para promover a qualidade dos cuidados. Este profissional é um agente de mudança, contribuindo para a melhoria contínua das práticas de reabilitação e para a formação de outros profissionais de saúde.

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação é um pilar fundamental na promoção da autonomia e qualidade de vida das pessoas, desempenhando um papel integrador, baseado numa visão holística e numa abordagem centrada no utente. A sua intervenção não só impacta

positivamente a recuperação funcional, como também contribui para o bem-estar emocional e a inclusão social dos indivíduos sob os seus cuidados.

4. PADRÃO DE QUALIDADE DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A enfermagem de reabilitação, enquanto área especializada da profissão de enfermagem em Portugal, assume um papel essencial na promoção, manutenção e recuperação da funcionalidade e autonomia da pessoa ao longo do ciclo vital. As necessidades de cuidados de reabilitação têm vindo a aumentar progressivamente, refletindo o envelhecimento da população, o crescimento das condições crónicas de saúde e a maior sobrevivência de pessoas com limitações funcionais, o que reforça a importância de intervenções de enfermagem orientadas para a capacitação, adaptação e participação ativa da pessoa no seu processo de reabilitação (World Health Organization [WHO], 2017). Neste enquadramento, torna-se imperativo garantir que os cuidados prestados sejam sistematizados, seguros e baseados na melhor evidência científica. Para tal, os padrões de qualidade definidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE) surgem como instrumentos reguladores e orientadores da prática, com impacto direto nos resultados em saúde e na satisfação dos utentes (Ordem dos Enfermeiros, 2015; Loureiro et al., 2024).

Para operacionalizar a prática segundo critérios de excelência, a OE aprovou o **Regulamento n.º 350/2015**, que estabelece os *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Estes padrões têm como finalidade assegurar que a intervenção do EEER seja coerente, mensurável e alinhada com as necessidades das pessoas e com os avanços científicos e técnicos (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Conceptualmente, os padrões de qualidade derivam de princípios fundamentais da enfermagem contemporânea, que reconhecem a pessoa como sujeito ativo no seu processo de saúde-doença, e consideram a funcionalidade e a participação como dimensões essenciais da qualidade de vida (WHO, 2017). A enfermagem de reabilitação, nesse sentido, não se limita a restaurar funções perdidas, mas procura também prevenir novas incapacidades, promover a autonomia e facilitar a reintegração social (Faria, 2016).

Os padrões de qualidade para a enfermagem de reabilitação estão integrados no quadro geral dos *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*, estruturando-se em seis dimensões fundamentais: **satisfação do Cliente** — Foca-se na perceção do utente sobre os cuidados prestados, incluindo comunicação, empatia, respeito e atendimento das suas expectativas; **promoção da Saúde** — Envolve a educação e capacitação da pessoa e família para adoção de estilos de vida saudáveis e gestão de fatores de risco; **prevenção de complicações** — Visa evitar as consequências da imobilidade, doença ou lesão, como úlceras por pressão, infeções ou contraturas; **bem-estar e autocuidado** — Promove o conforto, a autoestima e a capacidade

de cuidar de si próprio, mesmo em situações de dependência. **readaptação Funcional** — Dimensão central para o EEER, que visa restaurar, manter ou melhorar as capacidades funcionais e sociais da pessoa; **organização dos Serviços de Enfermagem** — Refere-se à coordenação e gestão dos cuidados, assegurando a eficácia e a eficiência dos serviços (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Destas dimensões, a **readaptação funcional** é a que mais diretamente reflete a especificidade da prática do EEER. Ela requer uma avaliação global e sistemática da pessoa, definição de objetivos terapêuticos mensuráveis, utilização de tecnologias de apoio e estratégias pedagógicas, e monitorização contínua dos resultados (Neto et al., 2023).

Na prática clínica, os padrões de qualidade orientam a planificação e execução dos cuidados, contribuindo para uma abordagem centrada na pessoa e baseada na evidência. A sua implementação permite que os enfermeiros definam objetivos claros, fundamentem as suas intervenções, promovam a continuidade dos cuidados e melhorem os resultados em saúde (Loureiro et al., 2024).

Os contextos de prática clínica são sujeitos a processos de **acreditação** por parte da OE, que avaliam a conformidade com os padrões estabelecidos, assegurando a qualidade pedagógica para a formação de especialistas e a excelência dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2023). Além disso, são incentivados programas de melhoria contínua, que promovem a reflexão crítica sobre a prática e a adoção de boas práticas baseadas na evidência (Faria, 2016).

Estudos realizados em Portugal evidenciam o impacto positivo da aplicação dos padrões de qualidade nos resultados dos utentes. Loureiro et al. (2024), por exemplo, demonstraram elevados níveis de satisfação e melhorias significativas na funcionalidade de utentes submetidos a transplante cardíaco que receberam cuidados de enfermagem de reabilitação alinhados com os padrões da OE. De forma semelhante, Neto et al. (2023) sublinham a importância destes padrões para a uniformização da prática, melhoria dos indicadores de qualidade e aumento da literacia em saúde dos utentes e cuidadores.

Os padrões definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2015) constituem um referencial essencial para garantir que os cuidados especializados sejam prestados com segurança, eficácia e respeito pelos direitos e dignidade da pessoa. As seis dimensões — desde a satisfação do cliente à readaptação funcional — oferecem uma visão holística da pessoa e dos seus contextos, refletindo um compromisso da profissão com uma prática baseada na evidência, nos valores éticos e na centralidade da pessoa (Neto et al., 2023).

Apesar dos avanços alcançados, existem desafios persistentes na implementação plena dos padrões de qualidade. Entre eles destacam-se a carência de recursos humanos especializados,

a desigualdade no acesso aos serviços de reabilitação entre regiões, a resistência organizacional à mudança e a necessidade de atualização contínua dos profissionais face aos avanços científicos e tecnológicos (Neto et al., 2023; WHO, 2017).

O futuro da enfermagem de reabilitação em Portugal deverá passar por uma maior integração dos cuidados de reabilitação nos diferentes níveis do sistema de saúde, pela valorização do papel do EEER em equipas multidisciplinares e pela intensificação da investigação científica para sustentar a evolução dos padrões de qualidade. A adoção de tecnologias assistivas e digitais, bem como o fortalecimento da literacia em saúde, também são áreas prioritárias para garantir cuidados mais acessíveis, eficientes e personalizados (WHO, 2017; Ordem dos Enfermeiros, 2023).

Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação em Portugal constituem um referencial indispensável para a prática profissional, assegurando que os cuidados prestados sejam seguros, eficazes, humanizados e alinhados com as necessidades das pessoas. A sua implementação plena implica um compromisso ético, técnico e político por parte dos profissionais, instituições e decisores. Enfrentar os desafios contemporâneos e antecipar as necessidades futuras requer investimento contínuo na formação, inovação e monitorização sistemática da qualidade dos cuidados.

5. REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

A revisão sistemática da literatura é uma abordagem metodológica que tem como objetivo identificar, avaliar criticamente e sintetizar de forma exaustiva todos os estudos relevantes acerca de uma questão científica específica (Higgins & Green, 2011). Esta metodologia diferencia-se das revisões tradicionais por seguir um protocolo previamente definido, que inclui critérios explícitos de inclusão e exclusão, estratégias de pesquisa detalhadas e avaliação da qualidade dos estudos selecionados (Liberati et al., 2009). A sua aplicação é fundamental para garantir a transparência, a reprodutibilidade e a minimização de vieses, contribuindo para uma melhor fundamentação das decisões clínicas e investigativas (Moher et al., 2009). Assim, as revisões sistemáticas assumem um papel central na síntese do conhecimento científico, fornecendo uma base sólida para a prática baseada em evidência.

Introdução à temática

O envelhecimento populacional constitui um fenómeno com implicações significativas para as sociedades e para os indivíduos, resultando do esforço coletivo da humanidade nos domínios

social, económico e científico. Este processo insere-se, contudo, num contexto paradoxal: o aumento contínuo da longevidade, conjugado com a diminuição das taxas de natalidade, gera consequências complexas e desafiantes para a organização social (Ribeiro, 2021; Cabral e Ferreira, 2013)

O aumento da esperança média de vida tem conduzido a uma maior prevalência de condições crónicas e de situações de limitação funcional, que exigem respostas de enfermagem orientadas para a promoção da autonomia, adaptação à condição de saúde e manutenção da qualidade de vida ao longo do ciclo vital. Consequentemente, cresce o número de pessoas com redução da autonomia funcional, que passam a depender de apoios sociais e familiares. O envelhecimento é, por si só, acompanhado de um declínio fisiológico progressivo da capacidade funcional. No entanto, esta realidade não deve ser encarada como motivo para a exclusão social, dependência excessiva ou institucionalização, nem como causa inevitável de isolamento ou solidão. (Ribeiro, 2021; Cabral e Ferreira, 2013)

Com o avançar da idade, o corpo humano sofre diversas alterações que comprometem algumas capacidades físicas, nomeadamente a flexibilidade, agilidade, coordenação motora, mobilidade articular e, de forma particularmente relevante, o equilíbrio. Este último é afetado devido ao comprometimento da capacidade do sistema nervoso central em processar de forma eficaz os estímulos provenientes dos sistemas vestibular, visual e proprioceptivo, fundamentais para a manutenção do equilíbrio corporal. (Ribeiro, 2021; Garcia, 2015)

A propriocepção pode ser definida como a capacidade inconsciente do corpo se adaptar a diferentes posturas e movimentos, resultante da perceção e interpretação sensorial da posição corporal no espaço. Esta função é assegurada por aferências neurais provenientes de mecanorreceptores localizados nos músculos, articulações e tendões. (Proske & Gandevia, 2012). Por sua vez, o equilíbrio corporal é entendido como a capacidade de manter o centro de massa dentro da base de sustentação, exigindo ao corpo a aptidão para adquirir e manter posturas adequadas, deslocar-se de forma coordenada e segura em várias direções, e responder eficazmente a perturbações externas (Shumway-Cook & Woollacott, 2017; Horak, 2006).

O défice de propriocepção e de equilíbrio nos idosos, frequentemente associado à limitação da mobilidade e ao medo de cair, constitui um fator determinante na redução da capacidade para realizar as atividades de vida diária e praticar exercício físico. Esta limitação contribui para um aumento do risco de quedas, com particular impacto numa população mais frágil (Shumway-Cook & Woollacott, 2017; Horak, 2006). As quedas, por sua vez, estão associadas a consequências graves, como fraturas e traumatismos cranianos, que frequentemente requerem internamentos hospitalares prolongados (WHO, 2007) Estes eventos acarretam encargos

económicos significativos não apenas para os idosos e suas famílias, mas também para o sistema de saúde e para a sociedade em geral.

Esta associação de fatores pode então culminar num importante compromisso da qualidade de vida dos idosos, em que a ocorrência da queda poderá ser o fator precipitante para uma transição saúde/ doença passando da autonomia para a situação de dependência.

Segundo a ordem dos enfermeiros, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação deve conceber, implementar e monitorizar planos de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permite tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa. A nossa intervenção visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais das pessoas, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais manter ou recuperar a independência.

Neste sentido, o treino de equilíbrio e propriocepção assume um papel central na prevenção de quedas. A scoping review, desenvolvida por Correia 2019, conseguiu que sintetizou evidência de 13 estudos de diferentes países, concluiu que os programas de treino de equilíbrio — quer isoladamente, quer integrados com treino de força e mobilidade — são eficazes na redução do número de quedas e na melhoria da funcionalidade geral dos idosos. Estes programas, demonstraram ser eficazes em aumentar a força muscular, melhorar o controlo postural, otimizar o padrão de marcha e, inclusive, reduzir o medo de cair, um fator muitas vezes negligenciado, mas que influencia diretamente a mobilidade e a independência.

A importância da revisão sistemática da literatura sobre o treino de equilíbrio e propriocepção, tal como demonstrado no estudo de Gouveia et al., é inegável. Esta evidência empírica reforça o impacto de programas de reabilitação estruturados, na melhoria da estabilidade postural e na redução do risco de quedas em idosos residentes na comunidade. A intervenção, conduzida por enfermeiros de reabilitação, demonstrou ganhos significativos em termos de desempenho funcional, validados por instrumentos robustos como a Fullerton Advanced Balance Scale.

Segundo o estudo realizado por Correia em 2019, demonstrou os benefícios físicos, os programas de treino de equilíbrio têm impacto psicológico positivo, promovendo o aumento da autoconfiança e da perceção de competência funcional por parte dos idosos. O medo de cair, quando não abordado, pode desencadear um ciclo de inatividade, que agrava a perda de massa e de força muscular, reduz ainda mais a capacidade funcional e, paradoxalmente, aumenta o risco de novas quedas. Assim, o treino de equilíbrio atua não apenas sobre o risco físico, mas também sobre a componente emocional associada às quedas.

Outro aspeto relevante prende-se com a possibilidade de os treinos serem realizados em ambiente domiciliário, com ou sem supervisão direta de profissionais de saúde. Este dado é particularmente relevante num contexto de recursos limitados e de envelhecimento em comunidade, permitindo intervenções mais acessíveis e sustentáveis. Contudo, os resultados demonstram que a supervisão de um profissional, nomeadamente do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, potencia os ganhos funcionais, melhora a adesão ao exercício e contribui para a segurança na sua execução.

METODOLOGIA

A presente revisão sistemática da literatura foi delineada e executada de acordo com as recomendações estabelecidas na declaração **PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses)** (Moher et al., 2009), com o intuito de assegurar a transparência, rigor e reprodutibilidade do processo de revisão. Esta metodologia permite identificar, avaliar criticamente e sintetizar a evidência científica existente sobre *”Treino de Equilíbrio e Propriepção como estratégia de prevenção de quedas em idosos: intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação”*, contribuindo para um conhecimento aprofundado e atualizado da temática em estudo.

Formulação da pergunta de investigação segundo o modelo PICO

A definição da questão de investigação foi estruturada com base no modelo PICO (Population, Intervention, Comparison, Outcome), amplamente utilizado em revisões sistemáticas na área da saúde para orientar a formulação de perguntas de investigação focadas e pertinentes. Esta definição orientou não só a formulação da estratégia de pesquisa, como também os critérios de inclusão e exclusão dos estudos.

Os componentes do modelo foram operacionalizados da seguinte forma:

- P (População): Pessoas com mais de 65 anos, residentes na comunidade;
- I (Intervenção): Programas de treino de equilíbrio e/ou propriocepção;
- Comparison (Comparação): Não existe comparação;
- Outcome (Resultados): Prevenção de quedas, melhoria da estabilidade postural, aumento da autonomia funcional, melhoria da confiança e da participação social.

Como base nestes elementos, formulou-se a seguinte pergunta de investigação: " Qual a eficácia dos programas de exercícios estruturado na melhoria do equilíbrio e prevenção de quedas em contexto de enfermagem de reabilitação, na comunidade?".

Este enquadramento permitiu orientar todas as fases subsequentes da revisão- desde a definição das palavras-chave e critérios de inclusão até à análise e síntese dos resultados.

Estratégia de pesquisa bibliográfica

A pesquisa bibliográfica foi realizada entre o mês de julho de 2025 até ao mês de agosto de 2025 nas bases de dados ESBO, Pubmed, SciElo, PEDro, selecionadas pela sua relevância para as ciências da saúde, enfermagem e reabilitação. Estas bases foram escolhidas por permitirem o acesso a estudos de elevada qualidade metodológica, abrangendo tanto literatura internacional.

A construção da estratégia de pesquisa teve por base as palavras-chave definidas de acordo com os descritores MeSH (Medical Subject Headings) e DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), assegurando consistência terminológica. As expressões de pesquisa combinaram os termos principais através de operadores booleanos (AND e OR), da seguinte forma:

(Balance Training or Balance) AND (risk of falls OR prevention of falls) AND (Rehabilitation) AND (Elderly) AND (Community).

A pesquisa foi limitada a publicação em português, inglês e espanhol, disponíveis em texto integral, e publicadas nos últimos 5 anos, por forma a refletir o estado atual da evidência científica sobre o tema.

Critérios de inclusão e exclusão

A seleção dos estudos obedeceu a critérios previamente definidos, que visaram assegurar a relevância e adequação das evidências científicas.

Critérios de inclusão:

- Estudos originais de natureza quantitativa, qualitativa ou mista;
- População constituída por pessoas igual ou superior a 65 anos;
- Intervenção conduzidas ou coadjuvadas por equipa de reabilitação, com enfoque no treino de equilíbrio e de propriocepção;
- Publicados em português, inglês ou espanhol;
- Disponibilidade de texto integral;

- Estudos que reportassem resultados relacionados com prevenção de quedas, melhoria da estabilidade postural, aumento da autonomia funcional, melhoria da confiança e da participação social.

Crítérios de exclusão:

- Revisões narrativas, revisões sistemáticas, dissertações não publicadas, cartas ao editor, editoriais ou resumos de conferência;
- Publicações sem relação com o treino de equilíbrio e propriocepção na prevenção de quedas na comunidade;
- Artigos duplicados entre as bases de dados;
- Estudos em que a amostra não incluía pessoas com mais de 65 anos.

Processo de seleção dos estudos

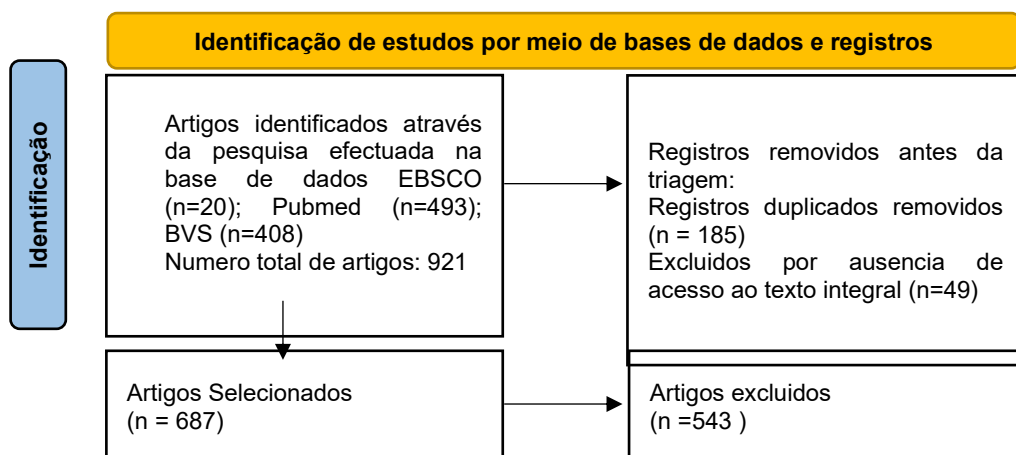
O processo de seleção dos estudos seguiu as orientações do modelo PRISMA 2020 (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), com o objetivo de garantir transparência, rastreabilidade e rigor metodológico em todas as etapas da revisão.

Inicialmente, procedeu-se à pesquisa sistemática nas bases de dados EBSCO (n=20), PubMed (n=493) e BVS (n=408), totalizando 921 registos identificados. Após a exportação das referências, foram removidos 185 registos duplicados, bem como 32 registos marcados como inegáveis através de filtros automáticos (idioma e tipo de artigo) e 17 registos excluídos por ausência de acesso ao texto integral, resultando em 687 artigos para triagem.

Na fase de triagem, foi realizada a leitura de títulos e resumos com base nos critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Deste processo resultou a exclusão de 543 artigos, por não se enquadrarem nos objetivos da revisão — nomeadamente estudos de carácter exclusivamente biomédico, sem relação com o processo de reabilitação em enfermagem, ou focados em populações e intervenções não pertinentes. Assim, 144 artigos foram selecionados para leitura integral, dos quais 12 não puderam ser recuperados.

Na fase de elegibilidade, 132 artigos foram avaliados em texto completo. Destes, 122 foram excluídos pelos seguintes motivos: não abordavam intervenções de exercício estruturado (n=46); não apresentavam resultados relacionados com equilíbrio, quedas ou confiança funcional (n=39); possuíam enfoque exclusivamente biomédico, sem enquadramento no domínio da enfermagem (n=26); apresentavam qualidade metodológica insuficiente (n=11).

Por fim, 10 artigos cumpriram integralmente os critérios de inclusão e foram integrados na análise final da revisão sistemática. Estes estudos representam a evidência mais atual e relevante sobre a eficácia de programas de exercício estruturado — incluindo treino proprioceptivo, treino baseado em perturbações, programas multicomponentes e intervenções domiciliárias — e os seus contributos para ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.



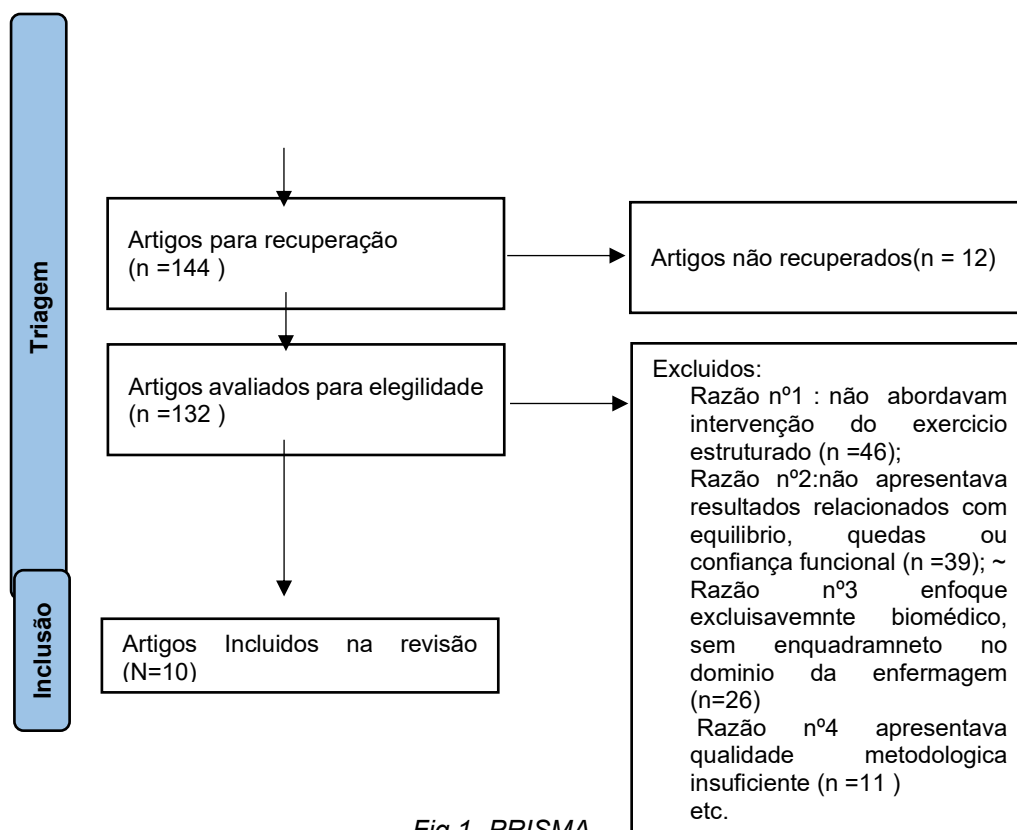


Fig.1- PRISMA

Extração e síntese dos dados

Dos estudos incluídos, foram extraídas de forma sistemática as seguintes informações: autor(es), ano de publicação, país ou contexto do estudo, objetivos, desenho metodológico, características da amostra, intervenções ou fenómenos analisados, instrumentos de recolha de dados, principais resultados e conclusões. Em anexo, encontra-se tabelas sobre a extração de dados.

A análise dos dados foi realizada através de uma síntese narrativa, tendo em conta a heterogeneidade dos estudos em termos de metodologias, populações e resultados. Os dados foram organizados em categorias temáticas ou domínios emergentes, procurando identificar padrões, lacunas de conhecimento e implicações para a prática e investigação futura. Quando aplicável, a qualidade metodológica dos estudos foi avaliada com recurso a instrumentos ou checklists apropriados ao desenho dos estudos (por exemplo: STROBE para estudos observacionais, CONSORT para ensaios clínicos, COREQ para estudos qualitativos).

Considerações éticas

Por se tratar de uma revisão da literatura com base em estudos previamente publicados, não foi necessária a submissão a um comité de ética.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

Em análise conjunta dos estudos demonstrou que o treino de equilíbrio e da proprioção, surge como uma estratégia na prevenção de quedas em idosos, com implicações diretas para a prática do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Tendo em conta, os diferentes contextos: institucional, comunitário ou domiciliário. De acordo com a evidência científica, aponta para melhorias significativas na estabilidade postural, na força muscular nos membros inferiores, na mobilidade funcional e, sobretudo, na autoconfiança e percepção de segurança na realização das atividades da vida diária. Estes resultados sustentam que o equilíbrio e a proprioção devem ser considerados pilares centrais dos programas de reabilitação geriátrica, dado o seu impacto global na autonomia e na qualidade de vida da pessoa vida idosa (Bartos et al., 2022; Cidoncha-Moreno et al., 2022; Espejo- Antúnez et al.,2020; Ni et al.2024).

A integração de componentes de equilíbrio e propriocepção em programas de exercícios físico estruturado demonstrou ser eficaz tanto em idosos robustos como em populações frágeis, confirmando a versatilidade e adaptabilidade destas intervenções. A aplicação de exercícios baseados em superfícies instáveis, bases de apoio reduzidos ou estimulação sensorial, frequentemente complementados por treino funcional e da marcha, tem expressado uma evolução positiva na prevenção de quedas, na medida em que potencia respostas neuromusculares rápidas e ajustadas a perturbações externas (Espejo-Antúnez et al., 2020; Pérez-Ros et al., 2020). Quando combinados com intervenções motivacionais e educacionais, estes programas contribuem para reduzir o medo de cair e para reforçar a autoeficácia, elementos críticos para quebrar o ciclo de inatividade e descondicionamento frequentemente observado em idosos após episódios de queda. (Bartos et al., 2022; Cidoncha-Moreno et al., 2022; Ni et al., 2024).

A evidência sugere também que a eficácia destas intervenções depende fortemente da estrutura, intensidade e duração do treino. Os protocolos que integram a progressão de dificuldade, alternância de estímulos sensoriais e perturbações intencionais do equilíbrio parecem gerar ganhos mais consistentes na estabilidade dinâmica e na capacidade de recuperação postural, quando comparados com programas estáticos ou de curta duração. Esta abordagem dinâmica, que simula situações de vida real, permite ao idoso desenvolver estratégias adaptativas mais

eficazes perante o desequilíbrio, reduzindo a probabilidade de queda (Gerards et al., 2023; Nørgaard et al., 2022).

Para além disso, os ganhos físicos mensuráveis, vários estudos evidenciam benefícios psicossociais e emocionais, dando assim uma diminuição do medo de cair, o aumento da confiança e a melhoria da perceção de competência e bem-estar (Bartos et al., 2022; Ni et al., 2024). Estes efeitos são particularmente significativos, pois o medo de cair, mesmo na ausência de quedas anteriores, constitui um fator de risco independente para a restrição de atividades e o declínio funcional. A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação assume aqui um papel determinante, ao associar o treino físico a estratégias de educação, motivação e suporte emocional, que potenciam a adesão e a continuidade das práticas preventivas no quotidiano do idoso.

A natureza multidimensional dos programas analisados reforça a necessidade de uma abordagem integrada e individualizada. A combinação de exercícios de equilíbrio, treino de força e estimulação proprioceptiva, ajustada às capacidades e limitações da pessoa idosa, traduz-se em melhores resultados do que a aplicação isolada de um único componente. Esta visão integrada encontra correspondência na filosofia da enfermagem de reabilitação, que privilegia a promoção da funcionalidade e da autonomia de forma holística e centrada na pessoa. Ao adaptar o programa de reabilitação às condições clínicas, cognitivas e ambientais de cada idoso, o enfermeiro especialista atua como mediador entre a evidência científica e a prática quotidiana, garantindo que a intervenção é não apenas eficaz, mas também segura e sustentável.

A evidência ainda mostra que o contexto de implementação influencia a magnitude dos resultados. Intervenções realizadas no domicílio, quando devidamente supervisionadas e acompanhadas por profissionais de enfermagem, parecem favorecer a adesão e a continuidade do exercício, permitindo maior integração das rotinas de treino nas atividades diárias (Pérez-Ros et al., 2020; Ullrich et al., 2022). Em contrapartida, programas realizados em ambiente institucional beneficiam do suporte técnico e da monitorização contínua, o que pode ser determinante em idosos com maiores níveis de dependência (Espejo-Antúnez et al., 2020). Esta dualidade sublinha o papel estratégico do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação enquanto coordenador e facilitador de programas adaptados à diversidade de contextos e perfis funcionais.

Apesar da robustez das evidências quanto à eficácia do treino de equilíbrio e da proprioceção, a discussão dos resultados revela ainda desafios relevantes. A heterogeneidade metodológica dos estudos, nomeadamente na duração, frequência e intensidade das sessões, dificulta a definição de um protocolo ideal e universal. Além disso, a maioria dos ensaios avalia desfechos intermédios, como equilíbrio ou força, sem mensurar a incidência real de quedas a longo prazo,

o que limita a extrapolação dos resultados para a prática clínica sustentada (Ni et al., 2024; Sadeghi et al., 2021). Acresce que poucos estudos especificam de forma clara o papel do enfermeiro na implementação dos programas, o que representa uma lacuna de investigação e uma oportunidade para reforçar a evidência disciplinar em enfermagem de reabilitação.

Assim, a síntese dos estudos indica que o treino de equilíbrio e propriocepção constitui uma intervenção baseada na evidência, eficaz na prevenção de quedas e promotora de funcionalidade e autonomia em idosos. O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação deve assumir uma posição central na sua implementação, não apenas pela competência técnica para conduzir o treino, mas também pela capacidade de integrar dimensões educativas, motivacionais e ambientais no processo de reabilitação. A articulação entre ciência e prática, mediada pelo olhar holístico e centrado na pessoa que caracteriza a enfermagem de reabilitação, é essencial para transformar a evidência em resultados concretos de saúde e qualidade de vida.

ANALISE E REFLEXÃO SOBRE DA ATIVIDADE DESENVOLVIDA ENQUANTO EEER

Durante o desenvolvimento da prática especializada em enfermagem de reabilitação constitui-se como um capo de atuação complexo, dinâmico e profundamente orientado pela capacidade adaptativa da pessoa, pela promoção da funcionalidade e pela restauração da autonomia em todas as fases do ciclo vital. O trabalho desenvolvido enquanto enfermeiro especialista de enfermagem de reabilitação orientou para integrar teoria, evidência científica e prática clínica em múltiplos contextos clínicos, desde ambientes com um grau de complexidade como a unidade de cuidados intensivos de neurocríticos, até contextos de proximidade como a comunidade, ainda passando por serviços de neurologia e orto-traumatologia. A compreensão da pessoa como um sistema adaptativo esteve na base de todo o trabalho desenvolvido, sendo o modelo Adaptativo da Irma Callista Roy, em 1976, o eixo orientador para a minha análise, tomada de decisão e na prática clínica. Segundo a Callista Roy descreve a pessoa como um sistema aberto, sujeito a estímulos que exigem respostas adaptativas, e reflete que a função de enfermagem é promover respostas eficazes que levam à integridade, à compensação e, sempre que possível, ao desenvolvimento humano. Neste enquadramento foi fundamental para interpretar as respostas fisiológicas, psicológicas e sociais que observei nas pessoas ao longo dos diferentes contextos de reabilitação.

Roy sustenta que “a saúde é entendida como um reflexo da eficácia das respostas adaptativas da pessoa na sua interação com o ambiente” (Roy 2009, pp. 209–211.). A saúde, não se reduz à eliminação da doença ou ao alívio de imediato de sintomas, mas à capacidade que a pessoa demonstra para reorganizar o seu funcionamento físico, psicológico e social. No trabalho desenvolvido, na pessoa crítica, onde a pessoa encontra-se numa fase pós-operatória imediata, ou numa fase de perda funcional significativa, consegui constatar que a minha intervenção tinha sempre como objetivo de guiar a adaptação à nova condição, podendo assim ajudar a pessoa a reconstituição o seu equilíbrio, a sua autonomia e a sua identidade.

Com o endurecimento das minhas competências, enquanto especialista, ocorreu uma fusão entre a teoria, a evidência científica e a prática real. De acordo com as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, definidas no Regulamento nº140/2019, têm como pilar a responsabilidade profissional e ética, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados, das aprendizagens profissionais e o desenvolvimento profissional. O enfermeiro especialista atua como garante segurança, identificando riscos precocemente e promovendo práticas segurança, contribuindo para a prevenção de danos e para o aumento da qualidade assistencial. É possível reconhecer, ao longo do tempo, uma crescente maturidade neste domínio, particularmente em dois contextos clínicos. Um deles, foi nos cuidados intensivos, onde a capacidade de antecipar riscos: como a perda de força muscular, a ventilação prolongada, problemas associados a imobilidade. E outro contexto foi na comunidade, onde foi possível mais a capacidade de desenvolver os riscos, por exemplo, o risco de queda no domicílio, analisando o contexto do domicílio/ e comportamento desenvolvido nas suas casas, ou seja, como a pessoa sobe/ desce as escadas, a insegurança na deambulação, etc...

Em conjunto com as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento nº392/2019), também orientou de forma decisiva a minha prática. O EEER deve “conceber, colocar em prática e supervisionar planos de enfermagem de reabilitação diferenciados”, baseados nos problemas reais e potenciais da pessoa e sustentados em conhecimento avançado e experiência clínica. Com base nesta competência, tornei-me capaz de estruturar intervenções sistemáticas e individualizadas, supervisionando a sua implementação e avaliando a sua eficácia ao longo processo de reabilitação, em anexo encontra-se desenvolvidos planos de cuidados de enfermagem de reabilitação individualizados. Nesta vigilância não se limita ao plano terapêutico, mas engloba a própria dinâmica relacional com a pessoa, a família e a equipa, reconhecendo que a reabilitação é um processo colaborativo e não uma intervenção isolada.

Neste regulamento demonstra ainda que o EEER deve "cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados" (Regulamento nº392/2019). Esta afirmação adquire um significado profundo quando penso nos múltiplos contextos onde tive inserido: desde jovens vítimas de traumatismo graves até idosos com risco de queda elevado, desde doentes submetidos a cirurgias ortopédicas até pessoas em domicílio com necessidades complexas e redes de apoio limitadas. Em todos estes cenários, a minha responsabilidade foi a mesma: promover a adaptação funcional e emocional, estimular a capacidade que ainda existem, facilitar passagem por essa mudança e apoiar o desenvolvimento de uma vida o mais autónoma possível.

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação também desempenharam um papel estruturante na forma como organizo a minha prática. O regulamento nº350/2015 diz que os cuidados devem ser "sistematizados, seguros e baseados na melhor evidência científica" (OE,2015). O padrão da readaptação funcional, em particular, orientou muitas das minhas decisões clínicas. Ela lembrou-me da importância de fazer avaliações constantes, estabelecer objetivos claros e mensuráveis e usar estratégias de treino motor, cognitivo e comportamental que sejam adaptados às necessidades de cada pessoa. Como este foco, ajudou-me a criar intervenções sólidas, promovendo que cada sessão de reabilitação fosse focada em resultados concretos e significativos.

A dualidade entre a teoria e a prática tornou-se evidente quando comecei a integrar de forma consistente os quatro modos adaptativos do Modelo de Roy, no meu raciocínio clínico, enquanto EEER. Quando estava a trabalhar uma pessoa com marcha comprometida após fratura, eu não observava apenas limitação física- via o impacto da fratura do seu autoconceito, na sua perceção de independência e no seu papel social. Ao acompanhar pessoas idosas em contexto domiciliário, percebia que existia o medo de cair, comprometia não só o seu equilíbrio fisiológico, mas também a sua identidade enquanto individuo autónomo e o seu envolvimento nas atividades comunitárias. Com esta visão ampliada da adaptação permitiu-me desenvolver intervenções mais abrangentes, focadas tanto no fortalecimento muscular como na reconstrução emocional e social.

A RSL que foi desenvolvida no enquadramento teórico reforçou muitas das práticas que já desenvolvia e permitiu fundamentar outras com maior rigor científico. Os resultados demonstraram que o treino de equilíbrio e propriocepção melhora a estabilidade postural, a autonomia funcional e a confiança das pessoas", sendo uma estratégia eficaz na prevenção nas quedas. Ao perceber, através da evidência, que a supervisão direta do EEER potencia ganhos funcionais e aumenta a segurança, pude reforçar a minha intervenção em contexto hospitalar (realizar treino de equilíbrio, no serviço de neurologia, com uma almofadas de equilíbrio) e em contexto domiciliário onde a avaliação continua e adaptação dos exercícios, foram cruciais.

Com base na evidência científica, no contexto domiciliário, concebi planos individualizados de treino de equilíbrio para pessoas idosas. Ao trabalhar diretamente no domicílio, foi possível constatar como o ambiente físico, os tapetes soltos, a iluminação às vezes inadequada ou mobiliário instável, originam-se estímulos contextuais que influenciam negativamente a adaptação da pessoa, conforme descrito por Roy no seu conceito de ambiente como "circunstâncias internas e externas que afetam a saúde e comportamento" (Roy e Andrews, 1999). Tendo em conta, ao modelo teórico, as minhas intervenções não se limitaram ao treino motor: foi possível realizar uma modificação ambiental (remoção de tapetes, melhoria da iluminação), a capacitação do cuidador e a promoção de estratégias de autoconfiança que ajudaram a pessoa a recuperar não apenas a mobilidade, mas também a segurança e autonomia no quotidiano.

À medida no meu desenvolvimento profissional, tornou-se mais evidente que a reabilitação não se limita à execução mecânica de exercícios ou ao retorno da função motora comprometida, mas sim trata-se de um processo complexo de reorganização global da pessoa, envolvendo os três estados: corpo, mente e ambiente, conforme defendido por Roy no seu modelo adaptativo. Roy defende que a pessoa é um sistema em constante interação com estímulos internos e externos, que atuam como catalisador das suas respostas adaptativas, podendo estar a ser eficazes ou ineficazes.

A responsabilidade em identificar estes estímulos e estruturar intervenções adequadas encontra interligado nas competências comuns do enfermeiro especialista. De acordo, com regulamento nº140/2019 refere que o enfermeiro especialista deve fundamentar as suas decisões clínicas "na melhor evidência científica disponível, na reflexão crítica e nas necessidades reais e antecipadas das pessoas".

Ao refletir sobre as competências específicas do enfermeiro especialista de enfermagem de reabilitação, entendo que estas estiveram no centro daquilo que foi construído enquanto profissional. O regulamento afirma que o EEER tem a competência de "avaliar, intervir e reavaliar continuamente as capacidades e limitações da pessoa, promovendo a sua funcionalidade e autonomia". Ao realizar as avaliações foi possível utilizar diversas escalas, com por exemplo: Escala de Dispneia de Borg, Escala de Glasgow, Escala de Branden, Escala de Morse, *Escala de avaliação de Força Muscular Medical Research Council*. Esta dinâmica continua de avaliação e reavaliação tornou-se para mim a segunda natureza, principalmente em todos os campos estágios realizados, onde a evolução funcional é muito variável e dependente fortemente na capacidade do enfermeiro de ajustar a intervenção ao estado atual da pessoa. Com enfrentar situações de hemiparesias, síndromes de imobilidade prolongada ou défices de desequilíbrios severos, percebia que não chegava apenas aplicar os protocolos, era fundamental realizar uma interpretação como cada pessoa vivenciava a sua condição e como mobilizava os seus próprios mecanismos de adaptação.

Com a integração dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Reabilitação ajudou-me a organizar a prática de forma mais sistemática. Estes padrões reforçam que os cuidados devem ser estruturados de forma a “maximizar as capacidades funcionais, prevenir complicações e promover a autonomia e a adaptação da pessoa”. Tendo isto, com base, foi possível olhar para a intervenção de reabilitação como um processo longitudinal, no qual cada sessão tinha uma finalidade concreta e fazia de um percurso de readaptação funcional. A prevenção de complicações foi, por exemplo, um domínio onde percebi claramente o impacto direto da atuação do EEER. Ao intervir com pessoas com mobilidade reduzida, recorri frequentemente a posicionamentos terapêuticos, mobilizações passivas, treino respiratório eram essenciais.

Com elaboração da revisão sistemática da literatura desempenhou um papel pertinente na construção da minha identidade enquanto especialista, ao demonstrar que o treino de equilíbrio e propriocepção é fundamental para prevenção de quedas em idosos e para a melhoria da confiança e da funcionalidade. Os estudos analisados demonstraram que os programas específicos de treino proprioceptivo podem aumentar a estabilidade, reduzir o medo de cair e melhorar a mobilidade funcional, mesmo em populações idosas frágeis. Nesta evidência influenciou diretamente nas minhas intervenções em contexto comunitário, especialmente quando acompanhava pessoas que apresentavam instabilidade postural marcada, episódios prévios de queda ou alterações sensoriais associadas ao envelhecimento.

Um dos exemplos, foi no contexto de neurologia, um utente com alterações na sensibilidade e com um desequilíbrio dinâmico acentuado, com receio significativo de mobilizar, com historial de quedas. A sua resposta adaptativa estava profundamente comprometida, não apenas no modo fisiológico, mas também no autoconceito e na função do papel. O medo de cair impedia-o de realizar atividades que anteriormente eram centrais da sua identidade, como deslocar-se para o seu local de trabalho ou participar nas brincadeiras com os seus filhos. Ao aplicar o que a evidência demonstrava- que os treinos progressivos de equilíbrio melhoram a autoconfiança e reduzem o medo de cair, foi possível implementar um plano de cuidados individualizado, com uso de escalas de Tinetti, Avaliação sensorial de Nottingham, foi possível desenvolver intervenções com transferência de peso, marcha com redução progressiva da base de apoio e treino em superfícies instáveis: como almofada de equilíbrio. Progressivamente, observei que a pessoa não apenas recuperava a capacidade física, mas também a confiança e a sensação do controlo sobre o seu corpo, o que confirma a visão de Roy de que “a saúde é um progresso de integração e adaptação”.

Com aplicação do modelo adaptativo tornou-se ainda mais evidente quando percebi que o autoconceito desempenha um papel importante no processo de reabilitação. Roy descreve este modo como “a dimensão que expressa a percepção e o sentimento que pessoa têm de si

própria."Ao longo dos estágios, constatei que muitas pessoas, após sofrer uma queda, uma fratura, ou um evento que levam alterações neurológicas, passam a ver-se como frágeis, dependentes e incapazes. Com desenvolvimento destes sentimentos, têm um impacto no modo fisiológico, e por sua vez, no desempenho motor. Durante as sessões de reabilitação, consegui integrar sempre a dimensão emocional, dando sempre um reforço positivo as pequenas vitórias, explicando as pessoas, a progressão natural da recuperação e promovendo crenças realistas de autoeficácia.

Ao refletir todo o meu percurso enquanto enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, deparo-me que cada uma destas dimensões teóricas influenciou profundamente a minha intervenção prática. A teoria não ficou apenas no plano do papel, ela foi a guia e fundamentou cada decisão, cada avaliação, cada plano terapêutico e cada interação com as pessoas. Sinto, hoje, que a minha prática se tornou mais consciente, mais crítica e mais orientada para resultados significativos, porque está enraizada em bases científicas sólidas e no entendimento da pessoa como um ser adaptativo, complexo e em permanente construção.

Ao analisar retrospectivamente estas experiências, percebo que o meu desenvolvimento profissional enquadrou-se com as competências comuns do enfermeiro especialista. O domínio da gestão dos cuidados, por exemplo, exigiu que eu articulasse intervenções com a equipa interdisciplinar (terapeuta da fala, fisioterapia, terapia ocupacional, etc...), garantindo que o plano de reabilitação fosse coerente, eficiente e centrado na pessoa. De acordo com a legislação, diz que o enfermeiro especialista deve "assumir liderança na gestão do cuidado, assegurando continuidade, integração e qualidade", e esta liderança tornou-se evidente em diferentes contextos como as discursões dos casos na UNINCT, Neurologia, Ortopedia ou a coordenação de cuidados em contexto comunitário, onde a intervenção do enfermeiro especialista servia muitas vezes de articulação entre os profissionais.

Concomitantemente, o domínio do desenvolvimento profissional contínuo exigiu que mantivesse uma postura ativa de atualização e reflexão crítica. A revisão sistemática que integrei nesta análise e reflexão foi, a este respeito, um marco importante, ofereceu-me o aprofundamento dos conhecimentos em torno do equilíbrio, proprioção e prevenção de quedas- áreas que emergiam repetidamente na minha prática, especialmente na intervenção em pessoas idosas. De acordo, com os resultados da revisão foram claros: o treino de equilíbrio, sobretudo quando associado a exercícios proprioceptivos, melhora a estabilidade postural, a mobilidade funcional e autoconfiança nos idosos, reduzindo assim o risco de queda e as suas consequências. Esta evidência reforçou a pertinência das intervenções que já realizava e permitiu-me aperfeiçoá-las, estruturando programas mais rigorosas, progressivas e cientificamente validadas.

Ao interligar a evidência, teoria e a prática tornou-se mais claro para mim. Quando realizava treino de marcha com redução progressiva da base de apoio, ou exercícios de transferência de peso, ou treino em superfícies instáveis- como pisos de diferentes texturas- fazia-o com a certeza de que estava a aplicar intervenções sustentadas na melhor evidência, e simultaneamente alinhadas com ideias da teoria adaptativa de Callista Roy, com as competências de especificas do enfermeiro de reabilitação e os quadros de qualidade.

Nesta reflexão sobre a minha prática levou-me a considerar o modo como a minha própria atuação se transformou em respostas aos desafios encontrados. Tal como as pessoas, também eu, enquanto profissional, fui experienciado estímulos que exigam a minha adaptação- desde de ambientes complexos, até contextos de vulnerabilidade social e económica. A cada nova situação fui ajustando estratégias, aperfeiçoando competências e reforçando competências relacionais que permitiram estabelecer uma aliança terapêutica sólida e promotora de mudança. Esta capacidade de adaptação profissional é coerente com que os Padrões de Qualidade defendem, ao afirmarem que a qualidade dos cuidados depende também da competência do enfermeiro para refletir criticamente sobre a sua prática, ajustando-a às necessidades da pessoa e aos contextos em constante transformação.

Com o percorrer ao longo dos estágios, apercebi-me de que a enfermagem de reabilitação é, acima de tudo, uma prática profundamente humana. Os instrumentos, as técnicas, as escalas de avaliação e os protocolos são ferramentas essenciais, mas é a relação terapêutica- construída na empatia, na escuta e no respeito- que sustenta o verdadeiro processo de adaptação. Esta visão encontra-se centrada, com o pensamento de Roy, que sublinha que a pessoa é um ser holístico cuja adaptação envolve dimensões físicas, emocionais e sociais interdependentes. Cada intervenção realizada, fosse ela um exercício de marcha, um treino respiratório, uma sessão de educação para saúde, foi sempre orientada por esta conceção ampliada do que significa cuidar.

Com o desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro de reabilitação, que destacam a necessidade de intervir nos diversos contextos onde a pessoa vive e se desenvolve. De acordo, com regulamento das competências específicas do enfermeiro de reabilitação , compete ao EEER "intervir na capacitação ambiental e contextual que favoreça o autocuidado, a funcionalidade e a segurança". Ao reestruturar um corredor demasiado estreito, ao retirar os tapetes soltos, ao adequar a altura das cadeiras ou ao surgir pequenas adaptações como barras de apoio, consegui observar melhorias significativas na mobilidade e na autoconfiança da pessoa. Muitas vezes, estas transformações no domicílio, tornava uma rotina insegura num percurso funcional e seguro, dando respostas adaptativas mais eficazes como subir ou descer escadas de apoio, sentar-se e levantar-se de forma independente ou deslocar-se com menos medo de cair.

A qualidade da intervenção está diretamente relacionada com a capacidade de comunicar de forma eficaz, clara e empática. De acordo com as competências comuns do enfermeiro especialista referem que este deve demonstrar "a elevada habilidade de comunicação, fundamentada numa relação terapêutica que promova a segurança e confiança da pessoa". Com o desenvolvimento desta competência, foi possível observar-se que uma comunicação eficaz não apenas aumenta a adesão ao program terapêutico como também têm um impacto direto no autoconceito e na motivação da pessoa. Sempre que consegui explicar, de forma clara e tranquila, cada objetivo terapêutico, cada exercício, cada evolução, percebi que a pessoa se sentia mais envolvida no processo, mais confiante e mais capaz de mobilizar recursos internos para adaptar-se às suas limitações.

Recordo claramente como estes princípios se materializaram na minha prática ao acompanhar um idoso com histórico de quedas recorrentes e medo intenso de mobilizar-se sozinho. Durante as primeiras sessões, observei uma postura rígida, olhar permanentemente dirigido ao chão e dificuldade em ajustar o centro de gravidade às variações de superfície — sinais clássicos de respostas adaptativas ineficazes no modo fisiológico. Ao longo das semanas, implementei exercícios progressivos: inicialmente em superfícies estáveis, depois incorporando almofadas proprioceptivas, transições de peso lateral e anteroposterior, marcha com obstáculos simples e, mais tarde, percursos funcionais no ambiente natural da casa. Este processo permitiu-me perceber, com clareza, que a intervenção não apenas melhorou a estabilidade física, mas também transformou profundamente o autoconceito do utente, que verbalizou sentir-se "mais seguro", "menos preso pelo medo" e "capaz de voltar a ir ao café sozinho". Esta evolução ilustra com precisão o que Roy descreve como uma resposta adaptativa eficaz, na qual a pessoa reorganiza o seu comportamento para recuperar equilíbrio e funcionalidade.

A funcionalidade adquiriu um significado mais amplo ao longo da minha prática. Ao longo do enquadramento teórico, desenvolvido neste trabalho, sublinha que a funcionalidade deve ser entendida como "a capacidade da pessoa em realizar atividades essenciais ao seu bem-estar físico, emocional e social". Por isso, cada exercício que orientava, cada estratégia de ensino que aplicava, cada adaptação ambiental que implementava, era pensada não apenas enquanto técnica isolada, mas enquanto parte de um processo mais vasto de reconstrução do quotidiano.

Ao realizar uma reflexão mental do meu percurso percorrido enquanto especialista em enfermagem de reabilitação, reconheço que todo este caminho foi marcado por um profundo crescimento pessoal e profissional. A teoria forneceu-me os alicerces para compreender a complexidade da adaptação humana, enquanto a evidência científica guiou-me na escolha das melhores intervenções e por fim os regulamentos e padrões de qualidade obrigaram-me a manter uma prática segura, fundamentada e ética. Com o contacto direto com as pessoas possibilitou

uma aprendizagem valiosa- a consciência de que cada pessoa é única no modo como vive a sua vulnerabilidade e mobiliza os recursos para superação.

Ao aprofundar a análise da minha prática enquanto EEER, reconheço que a integração sistemática dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação têm sido uma das dimensões mais têm orientado o meu processo de decisão e o desenho das intervenções clínicas. Estes padrões constituem um dos pilares que assegura que cada cuidado prestado deve ser coerente com os princípios de segurança, eficácia, humanização e evidência científica, tal como preconizado pela a Ordem dos Enfermeiros. Com uma reflexão crítica do Regulamento nº350/2015 permitiu-me compreender que qualidade não é um objetivo abstrato, mas um compromisso permanente como a monitorização dos resultados, com a comunicação efetiva com a pessoa e com adaptação contínua das intervenções às necessidades identificadas.

Com desenvolvimento das minhas competências enquanto especialista, tenho reconhecido que a dimensão da readaptação funcional, considerada o núcleo central da intervenção do enfermeiro de reabilitação, representa não apenas uma responsabilidade clínica, mas também ética, dado que este domínio visa restaurar, manter ou melhorar as capacidades funcionais da pessoa em articulação com os seus objetivos de vida e com as suas redes de apoio social. Tal como é referido nos Padrões de Qualidade, esta dimensão exige avaliação global, definição de objetivos mensuráveis, planeamento de estratégias pedagógicas adequadas e monitorização contínua dos resultados (Ordem dos Enfermeiros, 2015). É neste ponto que reconheço o contributo estruturante do Modelo de Adaptação de Roy, cuja visão da pessoa como sistema adaptativo me obriga a compreender que a funcionalidade não é apenas um atributo físico, mas o resultado da interação entre estímulos, respostas e mecanismos reguladores que operam nos vários modos de adaptação.

Tendo em conta esta perspetiva, foi possível intervir junto de pessoas com alterações da mobilidade em contexto de internamento, possibilitou observar como os estímulos focais — como a dor, o medo de cair ou a limitação articular — interagem com estímulos contextuais, como o ambiente hospitalar, e com estímulos residuais, tais como crenças, história clínica e experiências prévias, tal como descrito por Roy e Andrews (1999). Ao integrei estas dimensões na avaliação inicial, tornou-se claro que muitas das respostas inadequadas ou mal-adaptadas não eram meramente fisiológicas, mas também emocionais e sociais. Esta compreensão permitiu-me intervir em conformidade com o modo fisiológico — promovendo treino motor, força, equilíbrio e mobilidade — mas simultaneamente trabalhar o modo de autoconceito, integrando estratégias que reforçassem a autoestima, a confiança e a perceção de competência funcional, aspetos identificados pela literatura como determinantes para romper o ciclo de inatividade e medo de cair (Correia, 2019).

Particularmente marcante para a minha reflexão é a competência específica que me desafia a “capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para reinserção e exercício da cidadania” (Regulamento n.º 392/2019). Esta afirmação, claramente presente no documento teórico, sublinha a função transformadora do enfermeiro de reabilitação, que não se limita a restaurar capacidades, mas age para garantir que a pessoa possa exercer plenamente os seus direitos, participar na sociedade e reconstruir a própria identidade após a transição de saúde. Este entendimento foi determinante quando trabalhei com utentes com sequelas neurológicas e com limitações graves da mobilidade, pois percebi que cada conquista funcional — por mais pequena que parecesse — representava um passo rumo à autonomia e ao reencontro da pessoa com o seu projeto de vida.

Ao refletir sobre os diferentes contextos em que exerci, percebo que a complexidade da intervenção aumenta quando a pessoa atravessa transições de saúde profundas, como no caso de sequelas neurológicas, onde a perda de autonomia muitas vezes desencadeia respostas ineficazes ao nível do autoconceito e da função do papel. Neste campo, o entendimento do MAR é essencial, pois permite-me identificar estímulos focais — como a hemiparesia — mas também estímulos residuais, como o receio de se tornar um fardo para a família, que segundo Roy e Andrews (1999) influenciam de forma significativa a capacidade adaptativa da pessoa. Ao reconhecer estes elementos, pude ajustar a intervenção para além do puro treino motor, abordando aspetos como o reforço da autoeficácia, a participação ativa no planeamento dos cuidados e o envolvimento da família.

O Regulamento n.º 392/2019 enfatiza que o enfermeiro especialista deve “cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”, o que me recorda que a minha responsabilidade não termina no contexto hospitalar, mas se estende à comunidade, ao domicílio, e às estruturas de apoio social. Esta competência, associada ao mandato legal de conceber, implementar e avaliar planos diferenciados de reabilitação, implica que cada decisão deve ser tomada com base em raciocínio clínico avançado, sensibilidade ética e fundamentação científica. A este propósito, reconheço que a revisão sistemática que integrei anteriormente me deu suporte crítico para justificar decisões, ajustá-las aos contextos reais e reconhecer as limitações e potencialidades das intervenções.

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Reabilitação reforçam esta visão multidimensional, ao afirmarem que os cuidados devem ser sistematizados, seguros e direcionados para a maximização da autonomia, prevenção de complicações e promoção do autocuidado (OE, 2015). Esta orientação ajudou-me a estruturar intervenções mais completas, que incluem avaliação rigorosa, definição de objetivos com a pessoa, monitorização

dos resultados e modificação contínua das estratégias. Além disso, estes padrões também sublinham a importância da humanização e da comunicação terapêutica, lembrando-me que a eficácia da reabilitação depende, em larga medida, da qualidade da relação estabelecida.

Ao chegar ao fim desta análise e reflexão aprofundada sobre a minha prática enquanto enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, reconheço com clareza que este percurso representou muito mais do que a consolidação de competências técnicas: representou uma transformação da minha identidade profissional, das minhas lentes de análise e da forma como compreendo a pessoa em processo de recuperação. O contacto permanente com situações de fragilidade humana, aliado à integração rigorosa do Modelo de Adaptação de Roy, das competências regulamentares e dos Padrões de Qualidade, permitiu-me desenvolver uma prática consciente, fundamentada e profundamente humanizada.

O Modelo de Roy tornou-se o eixo estruturante da minha interpretação clínica. A compreensão de que a pessoa é um sistema adaptativo em constante interação com estímulos internos e externos ajudou-me a olhar cada situação para além da limitação física imediata, reconhecendo os impactos no autoconceito, nas funções sociais e nas relações de interdependência. Roy descreve que a saúde é o reflexo da eficácia das respostas adaptativas, e esta perspetiva acompanhou cada intervenção que realizei — desde o treino motor em internamento até à capacitação de cuidadores em contexto domiciliário. Percebi, assim, que o meu papel não se limita a restaurar funções, mas a facilitar respostas humanas mais eficazes, favorecendo processos de reorganização emocional, funcional e social.

A integração das competências específicas do enfermeiro de reabilitação, definidas pelo Regulamento n.º 392/2019, consolidou esta visão. A responsabilidade de conceber planos diferenciados, prevenir complicações, promover autonomia e capacitar a pessoa para o exercício da cidadania tornou-se uma referência constante na minha prática diária. Estas competências deram-me consciência da profundidade ética e social da minha intervenção: cada gesto técnico — mobilizar, ensinar, treinar, adaptar, avaliar — representa um contributo para que a pessoa reconstrua a sua autonomia e o seu papel no mundo. Em paralelo, as competências comuns do enfermeiro especialista reforçaram a importância da tomada de decisão ética, da comunicação terapêutica e da liderança na gestão dos cuidados, conforme preconizado pelo Regulamento n.º 140/2019. A prática mostrou-me que a qualidade da reabilitação depende não só da técnica, mas da capacidade de comunicar com clareza, criar vínculos terapêuticos seguros e articular processos complexos entre níveis de cuidados. Esta liderança não se traduz apenas em coordenação, mas num compromisso permanente com a melhoria da qualidade, tal como é defendido pelos Padrões de Qualidade que orientam os cuidados especializados (OE, 2015) A revisão sistemática que integrou este trabalho permitiu-me ainda consolidar o meu pensamento crítico. A evidência científica demonstrou que programas estruturados e supervisionados de

treino de equilíbrio e propriocepção promovem ganhos funcionais, reduzem quedas e melhoram a autoconfiança (Gouveia et al.; Correia, 2019) Esta informação sustentou de forma robusta as minhas decisões clínicas e reforçou a importância de basear a prática em evidência atualizada, contribuindo para uma intervenção mais eficaz, segura e ajustada às necessidades da pessoa.

À medida que evoluí profissionalmente, apercebi-me de que a reabilitação é, antes de tudo, um ato profundamente humano. A técnica, embora essencial, é apenas uma parte do processo. Reabilitar é entrar em contacto com o medo da perda, com a incerteza das transições e com a esperança da recuperação. É reconhecer que cada pessoa vive a vulnerabilidade de forma única, e que cada pequeno progresso — levantar-se, dar um passo, vestir-se, sair à rua, recuperar um papel social — representa uma vitória adaptativa. Esta consciência permitiu-me atuar de forma mais sensível, mais empática e mais alinhada com a natureza profunda do cuidado.

Com esta reflexão, sinto que concluo uma etapa de maturação profissional significativa. Compreendo hoje que ser enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação significa articular conhecimento científico avançado, raciocínio clínico complexo, comunicação terapêutica eficaz e uma atitude ética inabalável. Significa promover não apenas a melhoria funcional, mas a reconstrução da autonomia, da identidade e da cidadania.

Assim, a síntese deste percurso reside na constatação de que a reabilitação é um processo de transformação — da pessoa, da família, do cuidador e também do próprio enfermeiro. Ao integrar teoria, evidência e prática, sinto-me preparado para continuar a exercer com rigor, sensibilidade e consciência crítica, contribuindo para um cuidado especializado que promove a dignidade humana e a plena expressão da capacidade adaptativa, tal como defendido por Roy e pelos referenciais da enfermagem de reabilitação.

CONCLUSÃO

Com a elaboração deste relatório permitiu consolidar um percurso formativo profundamente na integração entre a teoria, evidência científica e prática especializada em Enfermagem de Reabilitação. Os diferentes estágios- desde unidades de cuidados intensivos até à prática de proximidade em ambiente domiciliário- deram a possibilidade de compreensão ampliada da pessoa enquanto sistema adaptativo, tal como fundamentado pelo Modelo de Adaptação de Roy, assumindo a reabilitação como um processo complexo, multidimensional e dinâmico. Com prática desenvolvida evidenciou que a funcionalidade e autonomia não dependem apenas da recuperação física, mas também da capacidade da pessoa reorganizar o autoconceito, redefinir papéis sociais e fortalecer relações de interdependência, elementos centrais para uma adaptação eficaz.

Com a articulação com as competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento 140/2019) e com o regulamento das competências específicas do enfermeiro de reabilitação (Regulamento 392/2019) permite sustentar uma prática avançada, ética, crítica e baseada na evidência. O exercício profissional foi marcado por tomada de decisão autónoma, raciocínio clínico complexo, capacidade de antecipação do risco e liderança na gestão dos cuidados, contribuindo para a segurança, continuidade assistencial e qualidade dos cuidados prestados. Os Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros reforçam a necessidade de intervenções sistematizadas, mensuráveis e centradas na pessoa, dado valor ao bem-estar, o autocuidado, a prevenção de complicações e a readaptação funcional como eixos estruturantes da prática especializada.

Com elaboração da revisão sistemática da literatura deu robustez científica ao trabalho, apresentado a eficácia dos programas de treino de equilíbrio e propriocepção na prevenção de quedas em idosas, permitindo assim reforçar o papel do enfermeiro de reabilitação como um profissional capacitando para conceber, implementar e monitorizar programas. De acordo com a evidência, revelou ganhos significativos na estabilidade postural, na mobilidade, na confiança e na participação social, salientado o impacto emocional e funcional destas intervenções. No decorrer do estágio permitiu aplicar e confirmar estes achados empíricos, demonstrando que programas estruturados, progressivos e supervisionados maximizam os resultados, sobretudo quando contextualizados no ambiente e nas rotinas nas pessoas.

Com a realização análise e reflexão sobre a atividade desenvolvida demonstrou que a enfermagem de reabilitação não é linear, mas antes um percurso individual marcado por diversos desafios físicos, emocionais e sociais. Ao reconhecer um ambiente como estímulo adaptativo, compreender o medo cair, identificar limitações reais e potenciais e capacitar cuidadores, foi fundamental para promover respostas adaptativas eficazes. O EEER surge assim, como um agente facilitador da mudança, proporcionando não apenas ganhos funcionais, mas também reconstrução da autonomia, fortalecimento do autoconceito e reinserção no exercício da cidadania.

Em suma, este relatório teve um desenvolvimento progressivo de uma prática especializada, refletida e fundamentada, que valoriza a pessoa na sua globalidade e reconhece a reabilitação como um processo transformador. Devemos integrar o modelo teórico, padrões de qualidade, competências regulamentares e evidência científica permite, assim, consolidar uma identidade profissional sólida, autónoma e comprometida com a excelência dos cuidados. Tornou-se claro que o EEER desempenha um papel determinante na promoção da funcionalidade, na prevenção de complicações, na capacitação da pessoa e na melhoria da qualidade de vida, tendo respostas de saúde mais humanas, eficazes e alinhadas como desafios da sociedade.

Referências Bibliográficas

Ángeles, C.-M. M., Laura, A.-M., Consuelo, C.-S. M., Manuel, R.-R., Eva, A.-C., & Covadonga, G.-P. A. (2022). The effect that the Otago Exercise Programme had on fear of falling in community dwellers aged 65–80 and associated factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 99, 104620. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104620>

Bartos, L. J., Meek, G. A., & Berger, B. G. (2022). Effectiveness of yoga versus exercise for reducing falling risk in older adults: Physical and psychological indices. *Perceptual and Motor Skills*, 129(4), 00315125221100820. <https://doi.org/10.1177/00315125221100820>

Cantante, A. P. S. R. (2019). Sistemas de saúde e competências do enfermeiro em Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(1), 261–272. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.26132018>

Correia, C., Barbosa, L., Rebelo, L., Alves, M., Pinho, N., & Magalhães, B. (2019). O treino proprioceptivo e de equilíbrio postural no idoso para a prevenção de quedas: Scoping review.

Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, 2(1), 66–77.
<https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.09.4573>

Espejo-Antúnez, L., Pérez-Mármol, J. M., Cardero-Durán, M. de los Á., Toledo-Marhuenda, J. V., & Albornoz-Cabello, M. (2020). The effect of proprioceptive exercises on balance and physical function in institutionalized older adults: A randomized controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 101(10), 1780–1788. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2020.06.010>

Faria, N. (2016). Qualidade dos cuidados de enfermagem: Papel da enfermagem de reabilitação. *Servir*, 4(1), 45–54. <https://revistas.rcaap.pt/servir/article/view/23212>

Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories* (2nd ed.). F. A. Davis.

Gerards, M., Marcellis, R., Senden, R., Poeze, M., de Bie, R., Meijer, K., & Lenssen, A. (2023). The effect of perturbation-based balance training on balance control and fear of falling in older adults: A single-blind randomised controlled trial. *BMC Geriatrics*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-023-03988-x>

Gouveia, B. R., Jardim, H. G., Martins, M. M., Gouveia, É. R., de Freitas, D. L., Maia, J. A., & Rose, D. J. (2016). An evaluation of a nurse-led rehabilitation programme (the ProBalance Programme) to improve balance and reduce fall risk of community-dwelling older people: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 56, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.12.004>

Higgins, J. P. T., & Green, S. (Eds.). (2011). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* (Version 5.1.0). The Cochrane Collaboration. www.cochrane-handbook.org

Horak, F. B. (2006). Postural orientation and equilibrium: What do we need to know about neural control of balance to prevent falls? *Age and Ageing*, 35(Suppl. 2), ii7–ii11. <https://doi.org/10.1093/ageing/af1077>

Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J., & Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: Explanation and elaboration. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000100. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000100>

Loureiro, M., Duarte, J., Azevedo, P., Coutinho, G., Martins, M. M., & Novo, A. (2024). Satisfação com os cuidados de enfermagem de reabilitação da pessoa submetida a transplante cardíaco. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 7(1), 25–34. <https://rper.pt/article/view/36499>

Maria, O. (2021). *Enfermagem de reabilitação: Concepções e práticas*. Lidel.

Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (2017). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida (1.ª ed.)*. Lusodidata.

McEwen, M., & Wills, E. M. (2019). *Theoretical basis for nursing (5th ed.)*. Wolters Kluwer.

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>

Neto, D., Costa, J., Martins, L., Maerta, M., & Florentim, R. (2023). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Contributo do enfermeiro de reabilitação. *Servir*, 11(2), 15–28. <https://revistas.rcaap.pt/servir/article/view/31615>

Ni, Y., Li, S., Lv, X., Wang, Y., Xu, L., Xi, Y., Sun, Y., Bao, J., Liao, S., & Li, Y. (2024). Efficacy of sensory-based static balance training on the balance ability, aging attitude, and perceived stress of older adults in the community: A randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04596-5>

Nørgaard, J. E., Andersen, S., Ryg, J., Stevenson, A. J. T., Andreasen, J., Danielsen, M. B., Oliveira, A. de S. C., & Jørgensen, M. G. (2022). Effects of treadmill slip and trip perturbation-based balance training on falls in community-dwelling older adults (STABILITY): Study protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open*, 12(2), e052492. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052492>

Nunes, P. F., Tavares, M., & Soares, H. (2024). Prática avançada de enfermagem em Portugal. *Revista Portuguesa de Investigação em Cuidados de Saúde*, 10(2), 338. <https://doi.org/10.31211/rpics.2024.10.2.338>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento n.º 125/2011: Competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Diário da República.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento n.º 350/2015: Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. Diário da República.

Ordem dos Enfermeiros. (2019, 6 de fevereiro). Regulamento n.º 140/2019 — Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República.

Ordem dos Enfermeiros. (2023). Estrutura de idoneidades: Apresentação e acreditação dos contextos de prática clínica. <https://www.ordemenfermeiros.pt>

Pérez-Ros, P., Vila-Candel, R., & Martínez-Arnau, F. M. (2020). A home-based exercise program focused on proprioception to reduce falls in frail and pre-frail community-dwelling older adults. *Geriatric Nursing*, 41(4). <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.01.017>

Proske, U., & Gandevia, S. C. (2012). The proprioceptive senses: Their roles in signalling body shape, body position and movement, and muscle force. *Physiological Reviews*, 92(4), 1651–1697. <https://doi.org/10.1152/physrev.00048.2011>

Roy, C., & Andrews, H. A. (1999). *The Roy adaptation model*. Appleton & Lange.

Roy, C., Whetsell, M. V., & Frederickson, K. (2009). The Roy Adaptation Model and research. *Nursing Science Quarterly*, 22(3), 209–211. <https://doi.org/10.1177/0894318409338692>

Sadeghi, H., Jehu, D. A., Daneshjoo, A., Shakoob, E., Razeghi, M., Amani, A., Hakim, M. N., & Yusof, A. (2021). Effects of 8 weeks of balance training, virtual reality training, and combined exercise on lower limb muscle strength, balance, and functional mobility among older men: A randomized controlled trial. *Sports Health*, 13(6). <https://doi.org/10.1177/1941738120986803>

Shumway-Cook, A., & Woollacott, M. H. (2017). *Motor control: Translating research into clinical practice* (5th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Sitthiracha, P., Eungpinichpong, W., & Chatchawan, U. (2021). Effect of progressive step marching exercise on balance ability in the elderly: A cluster randomized clinical trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), 3146. <https://doi.org/10.3390/ijerph18063146>

Ullrich, P., Werner, C., Schönstein, A., Bongartz, M., Eckert, T., Beurskens, R., Abel, B., Bauer, J. M., Lamb, S. E., & Hauer, K. (2022). Effects of a home-based physical training and activity promotion program in community-dwelling older persons with cognitive impairment after discharge from rehabilitation: A randomized controlled trial. *The Journals of Gerontology: Series A*. <https://doi.org/10.1093/gerona/glac005>

World Health Organization. (2017). *Rehabilitation in health systems*. WHO Press. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254506>

World Health Organization. (2020). *Maintaining essential health services: Operational guidance for the COVID-19 context*. WHO Press. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332240>

Anexos

Anexo I: Extração de Dados da RSL

Artigo 1: " Effects of 8 Weeks of Balance Training, Virtual Reality Training, and Combined Exercise on Lower Limb Muscle Strength, Balance, and Functional Mobility Among Older Men: A Randomized Controlled Trial"

Autores, Ano de Publicação	País	Objetivos	Desenho Metodológico	Caraterísticas das amostra	Intervenções	Principais Resultados
Hassan Sadeghi et al., 2021	Irão, Malásia, Canadá	Comparar os efeitos de 8 semanas de treino de equilíbrio tradicional (BT), treino de equilíbrio em realidade virtual (VR) e treino combinado (MIX) versus controlo (CON), na força muscular dos membros inferiores, equilíbrio e mobilidade funcional de homens idosos.	Ensaio clínico randomizado controlado	64 homens comunitários ≥65 anos (média de 71,8 ± 6,09 anos), independentes nas atividades da vida diária, sem treino prévio em BT ou VR nos últimos 6 meses. Divididos aleatoriamente em 4 grupos (BT, VR, MIX, CON). Após perdas, 58 participantes.	<p>BT: treino de equilíbrio clássico (posturas, andar em tándem, transferências de peso).</p> <p>VR: jogos interativos no Xbox Kinect, com desafios de equilíbrio e coordenação.</p> <p>MIX: combinação de 15 min de BT + 15 min de VR por sessão.</p> <p>CON: intervenção, mantiveram atividades diárias.</p>	<p>O grupo MIX apresentou maiores melhorias em força muscular, equilíbrio e mobilidade funcional do que BT, VR e CON.</p> <p>O grupo VR melhorou mais que BT e CON em equilíbrio e mobilidade.</p> <p>O grupo BT também melhorou significativamente comparado ao CON.</p> <p>Todos os grupos de intervenção superaram o grupo controlo em todas as variáveis.</p> <p>As melhorias foram clinicamente significativas, sobretudo no grupo MIX.</p> <p>Concluiu-se que o treino combinado (MIX) é mais eficaz para reduzir fatores de risco de quedas em homens idosos.</p>

					Treinos de 40 min, 3x/semana, durante 8 semanas, supervisionados.	
--	--	--	--	--	---	--

Artigo 2: "The effect of perturbation-based balance training on balance control and fear of falling in older adults: a single-blind randomised controlled trial"

Autores, de Publicação	Ano	País	Objetivos	Desenho Metodológico	Caraterísticas das amostra	Intervenções	Principais Resultados
Gerards et al., 2023		Países Baixos	Avaliar o efeito de um programa de treino de equilíbrio baseado em perturbações (PBT), adicional aos cuidados habituais, no controlo do	Ensaio clínico randomizado controlado	82 idosos comunitários (≥ 65 anos) com ≥ 1 quedas nos últimos 3-6 meses. Mediana de idade: 73 anos. Cerca de 50% com risco aumentado de quedas (Mini-	PBT + cuidados habituais: 3 sessões/semana durante 3 semanas de PBT em plataforma CAREN com realidade virtual de perturbações inesperadas.	Ambos os grupos melhoraram ligeiramente no Mini-BESTest (+1 ponto), mas sem diferenças significativas entre grupos ($p=0.87$). O medo de cair (FES-I) não mudou

		equilíbrio e no medo de cair em idosos com risco aumentado de quedas.		BESTest). Sem diferenças basais significativas entre grupos.	Controlo: apenas cuidados habituais (Reabilitação se necessário).	significativamente em nenhum grupo (p=0.85). Alta adesão (93,7%) e apenas um evento adverso ligeiro.
--	--	---	--	--	---	--

Artigo 3: " Efficacy of sensory-based static balance training on the balance ability, aging attitude, and perceived stress of older adults in the community: a randomized controlled trial"

Autores, Ano de Publicação	Pais	Objetivos	Desenho Metodológico	Caraterísticas das amostra	Intervenções	Principais Resultados	Conclusões
Ni et al., 2024	China	Avaliar os efeitos de um treino estático de equilíbrio baseado em estímulos sensoriais na capacidade de	Ensaio clínico randomizado, controlado, com avaliador cego. 72 idosos comunitários (≥60 anos),	idosos comunitários ≥60 anos, residentes >1 ano, capazes de andar independentemente, sem doenças graves ou terapias que afetem o equilíbrio.	Intervenção: Treino estático de equilíbrio com variações sensoriais (superfícies instáveis, privação	O grupo intervenção melhorou significativamente a capacidade de equilíbrio (SPPB e OLST) e na atitude positiva em relação	O treino estático de equilíbrio baseado em estímulos sensoriais melhora significativamente a capacidade de equilíbrio e as

	equilíbrio, atitude perante o envelhecimento e stress percebido de idosos da comunidade.	divididos em grupo intervenção (n=36) e controlo (n=36). Avaliações no início, após 12 semanas (pós-intervenção) e após 24 semanas (seguimento).	Ambos os grupos foram equivalentes em termos sociodemográficos e de saúde no início do estudo.	auditiva/visual, interferências externas), 3 vezes por semana, 40 minutos/sessão, durante 12 semanas. Controlo: Educação em saúde relacionada ao exercício (1x/semana por 40 minutos, durante 12 semanas).	ao envelhecimento (AAQ), com efeitos sustentados não seguidos. Não houve efeitos significativos na redução do stress percebido (CPSS). Alta taxa de adesão (mais de 90%) e boa tolerabilidade. O grupo controlo não apresentou mudanças significativas.	atitudes perante o envelhecimento, mas não reduz significativamente o stress percebido. É uma intervenção segura, prática e promissora para idosos comunitários.
--	--	--	--	---	---	--

Artigo 4 " The Effect of Proprioceptive Exercises on Balance and Physical Function in Institutionalized Older Adult: A randomized Controlled Trial "

Autores, Ano de Publicação	Pais	Objetivos	Desenho Metodológico	Caraterística das amostras	Intervenções	Principais Resultados	Conclusões
Luis Espejo- Antúñez	Espanha	Avaliar a eficácia de um programa de	Ensaio clínico randomiz	Uma amostra inicial foi criada	Tanto o grupo controlo quanto o experimental receberam tratamento	A análise de variância mostrou	Um programa de exercícios proprioceptivos demonstrou melhorias

<p>Jose Pérez- Mármol; M.de los Ángeles Cardero- Durán; José Vicente Toledo- Marhuenda; Manuel Albornoz- Cabello; 2020</p>	<p>exercícios proprioce- ptivos na mobilidade funcional, resistência musculoesquelética, equilíbrio dinâmico e estático, marcha e risco de quedas em idosos institucionalizados.</p>	<p>ado, simples- cego controlad idosos. amostra final (NZ42) foi dividida aleatoriamen te em 2 grupos.</p>	<p>recrutando 148 voluntários idosos. amostra final (NZ42) foi dividida aleatoriamen te em 2 grupos.</p>	<p>da equipa de reabilitação baseado em uma combinação de exercícios adaptados e outras técnicas de fisioterapia (programa de intervenção da equipa de reabilitação) por um período de 12 semanas. Este programa consistiu em 45 minutos (intervenção em grupo) mais 100 minutos (intervenção individual) por semana, totalizando 36 sessões (29 horas). O grupo experimental recebeu um programa de treinamento proprioce- tivo durante o mesmo período de intervenção, realizado duas vezes por semana (242), da pontuação</p>	<p>de interação tempo- grupo pontuação TUG (FZ10,41, PZ0,002), no teste de Cooper (FZ5, PZ0,019), na pontuação de Tinetti (FZ6,4 1, PZ0,015) e na pontuação da escala MFS (FZ5,24, PZ0,028). Diferenças entre os grupos foram observadas para as pontuações do TUG (dZ0,76), da pontuação de Tinetti (dZ1,1 242), da pontuação</p>	<p>significativas em comparação com o grupo de controle em áreas como mobilidade funcional, resistência musculoesquelética, equilíbrio, marcha e risco de quedas em idosos institucionalizados. Este estudo pode ajudar a aprimorar nossa compreensão do impacto de um protocolo específico para um programa de reabilitação proprioce- tiva.</p>
--	--	--	--	--	--	---

					<p>sessões), com duração de 55 minutos cada.</p> <p>do teste de apoio unipodal (dZ0,77) e da pontuação da escala MFS (dZ0,85). No grupo experimental, as análises Intra grupo mostraram diferenças pré e pós-tratamento para as pontuações do TUG (dZ0,72), da pontuação do teste de Cooper em metros (dZ0,18), da pontuação de Tinetti (dZ0,60), da pontuação do apoio unipodal (d</p>
--	--	--	--	--	---

						Z0,55) e da pontuação da escala MFS (dZ0,42).	
--	--	--	--	--	--	---	--

Artigo 5” A home-based exercise program focused on proprioception to reduce falls in frail and pre-frail community-dwelling older adults”

Autores, Ano de Publicação	Pais	Objetivos	Desenho Metodológico	Carateristicas das amostra	Intervenções	Principais Resultados	Conclusões
Pilar Pérez-Ros; Rafael Vila- Candel; Francisco Miguel- Martínez- Arnau 2020	Espanha	Avaliar os efeitos de um programa de exercícios de propriocepção domiciliar de um ano na incidência de quedas em idosos comunitários robustos, pré-frágeis e frágeis.	Estudo quase-experimental (não randomizado)	Estudo de intervenção não randomizado antes-depois com 564 participantes com 70 anos ou mais. Os participantes foram categorizados como robustos, pré-frágeis ou frágeis com base nos critérios de Fried. O programa consistiu em exercícios diários de propriocepção em casa, com acompanhamento	Exercícios de propriocepção realizados em casa, com acompanhamento de quedas, índice de visitas trimestrais de enfermeiros. Adultos idosos frágeis e pré-frágeis foram significativamente mais aderentes ao regime	Redução moderada na incidência média de quedas, medo de queda, índice de massa corporal e percentual de gordura corporal. Aumento nas horas semanais de atividade física	Um programa de exercícios de propriocepção domiciliar de 12 meses diminuiu a incidência de quedas em idosos comunitários. O programa foi mais eficaz nos grupos frágeis e

				mensal por telefone e visitas trimestrais de enfermeiros. Os resultados foram medidos após 12 meses de acompanhamento.	exercícios do que nos grupos frágeis e pré-frágeis. Os resultados foram robustos (p < 0,001), com aumentos significativos nas horas semanais de atividade física nos grupos frágil e pré-frágil.	que nos grupos frágeis e pré-frágeis. <Melhora na força de prensão manual em todos os grupos, com maiores melhorias nos indivíduos frágeis. Diminuição na proporção de indivíduos frágeis e pré-frágeis nos indivíduos robustos ao final do estudo.	pré-frágeis do que nos participantes robustos. A adesão ao exercício reduz a incidência de quedas e a presença de critérios de fragilidade em idosos comunitários. aumento nos indivíduos robustos ao final do estudo.
--	--	--	--	--	--	---	--

Artigo 6 ” The effect that the Otago Exercise Programme had on fear of falling in community dwellers aged 65–80 and associated factors”

Autores, Ano de Publicação	Pais	Objetivos	Desenho Metodológico	Caraterísticas das amostra	Intervenções	Principais Resultados	Conclusões
Cidoncha-Moreno Maria Angeles;	Espanha	Avaliar se o Programa de Exercícios	Estudo quase experimental	participantes: 498 adultos comunitários (não institucionalizados), entre 65	Investigar o impacto do Programa de Exercícios	498 pacientes (67,07% mulheres) com	Participar do OEP reduziu o medo geral de

<p>Albornos-Munóz Laura; Rich-Ruiz Manuel; Abad-Corpa Eva, Gonzalez-Pisano Ana Covadonga; 2022</p>		<p>de Otago (OEP) reduz o medo de cair em pessoas não institucionalizadas com idades entre 65 e 80 anos na Espanha e avaliar os fatores associados ao medo de cair.</p>		<p>e 80 anos, recrutados em 21 centros de cuidados primários na Espanha (set. 2017 a dez. 2019)</p> <p>Sexo: 67,1% eram mulheres Idade média: 71,81 anos Estado civil: aproximadamente 65% viviam com parceiro(a) Índice de massa corporal (IMC): 42,4% estavam com sobrepeso Europe PMC Critérios de inclusão: capacidade de caminhar de forma independente, consentimento informado, faixa etária de 65 a 80 anos e residentes na comunidade</p>	<p>de Otago (PEO) no medo de cair em idosos residentes na comunidade, com idades entre 65 e 80 anos, na Espanha, recrutados em setembro de 2017 e dezembro de 2019. "O objetivo deste estudo foi avaliar se o Programa de Exercícios de Otago (PEO) reduziu o medo de cair em pessoas não institucionalizadas com idades entre 65 e 80 anos na Espanha." Os participantes, provenientes de 21 centros de atenção primária, participaram de cinco sessões</p>	<p>idade média de 71,81 anos. Reduções significativas no nível médio de medo de cair entre o início e 12 meses (p = 0,000). Fatores associados ao medo de cair: idade (p = 0,033), sexo (p = 0,000), morar sozinho (p = 0,000), índice de massa corporal (p = 0,003) e uso de drogas</p>	<p>cair. Associações significativas entre medo de cair e ser do sexo feminino, tomar drogas psicotóxicas e ter histórico de quedas.</p>
--	--	---	--	--	--	--	---

					<p>semanais do PEO, psicotr3picas focadas (p = 0,000). no desenvolvimento An3lise de for3a, equil3brio e multivariada: resist3ncia, medo de cair continuando o moderado a programa em casa alto entre com participantes acompanhamento dedo sexo 12 meses. "Asfeminino (p sess3es do PEO= 0,000), com ocorreram nosidade entre 72 centros de aten3e 80 anos (p = prim3ria e foram 0,017), obesos fornecidas (p = 0,045) e individualmente ou que usavam em grupo por drogas instrutores treinados psicotr3picas do PEO (p = 0,021).</p>	
--	--	--	--	--	---	--

Artigo 7 " Effects of a Home-Based Physical Training and Activity Promotion Program in Community-Dwelling Older Persons with Cognitive Impairment after Discharge from Rehabilitation: A Randomized Controlled Trial"

Autores, Ano de Publicação	Pais	Objetivos	Desenho Metodológico	Características das amostras	Intervenções	Principais Resultados	Conclusões
Phoebe Ullrich, Christian Werner, Anton Schönstein, Martin Bongartz, Tobias Eckert, Rainer Beurskens, Bastian Abel, Jürgen M. Bauer, Sarah E. Lamb, Klaus Hauer; 2021	Alemanha	Os efeitos de um programa de treinamento físico e promoção de atividade em domicílio para idosos com comprometimento cognitivo (CC) após alta da reabilitação geriátrica.	Ensaio randomizado, duplo-cego controlado por placebo com 118 participantes com CC leve a moderado	Grupo de intervenção (GI): treinamento de força, equilíbrio e caminhada em domicílio, específico para CC, com estratégias motivacionais. Grupo de controle (GC): atividade placebo motora não específica. Resultados primários: capacidade física (SPPB) e atividade física (tempo de atividade baseado em sensor).	O GI apresentou resultados superiores ao GC no SPPB (diferença média entre os grupos de 1,9 pontos; IC 95%: 1,0–2,8; p < 0,001), com benefícios persistentes durante o acompanhamento (1,3 pontos; IC 95%: 0,4–2,2; p < 0,001). Não houve diferenças na AF em nenhum momento.	O grupo de intervenção apresentou melhorias superiores no SPPB em comparação com o grupo de controle, com benefícios persistentes no acompanhamento. Não houve diferenças na atividade física geral, mas houve melhorias nos resultados secundários, como medo de cair e mobilidade do espaço de vida.	O programa demonstrou benefícios

				<p>Período de intervenção de 12 semanas e acompanhamento de 12 semanas.</p>	<p>Entre os resultados secundários, o medo de cair e o comportamento de evitação de atividades foram reduzidos no GI em todos os momentos, e a mobilidade no espaço de vida melhorou a curto prazo.</p>		<p>Índices clinicamente importantes na capacidade física e nos resultados secundários em idosos com CI.</p>
--	--	--	--	---	---	--	---

Artigo 8 "Effect of Progressive Step Exercise on Balance Ability in the Elderly: A cluster Randomized Clinical Trial"

Autores, Ano de Publicação	País	Objetivos	Desenho Metodológico	Características das amostras	Intervenções	Principais Resultados	Conclusões
Pairaya SitthirachaWichai Eungpinchpong; Uraiwan Chatchaw	Tailândia	Determinar o efeito do exercício de marcha progressiva (Progressive Step Marching Exercise- PSME), na capacidade de equilíbrio, força muscular dos membros inferiores, capacidade aeróbica, qualidade de vida e medo de cair em idosos residentes na comunidade	Ensaio Clínico randomizado por Clusters; Com duração de 8 semanas; Avaliação em baseline, 4 a 8 semanas	N total = 60 idosos (30 no grupo PSME, 30 no grupo controlo) Idade média: 69 ± 3 anos (PSME) e 70 ± 3 anos (controlo) Maioria mulheres (~85–90%) Condições de saúde e dados sociodemográficos	Grupo PSME: Exercício 5x/semana, 35–45 minutos/semana, durante 8 semanas. Incluiu aquecimento, marcha progressiva ao som de música tailandesa e retorno à calma	Equilíbrio (TUG Test): melhoria significativa no grupo PSME vs. controlo. Força muscular (5x Sit-stand T): ganhos expressivos	O programa PSME é eficaz para melhorar o equilíbrio, a força muscular dos membros inferiores, a qualidade de vida e reduzir o medo de cair em idosos da comunidade. Pode ser implementado como uma

				<p>equilibrados entre grupos</p>	<p>Movimentos no grupo s: marcha no lugar, à frente, atrás, lateral, "step touch" caminhada curta Progressão da intensidade através do aumento do ritmo da música (70–110 bpm) Grupo Controlo: Continuou com</p>	<p>vos no grupo PSME, enquanto o grupo de controlo piorou Capacidade aeróbica (2-min Step Test): aumento no grupo PSME, embora sem diferenças as significativas</p>	<p>estratégia de prevenção de quedas e promoção da saúde em contextos comunitária</p>
--	--	--	--	--	--	---	--

					<p>atividades habituais, sem intervenção o exercício estruturado</p> <p>entre grupos Qualida de devida (WHOQ OL-BREF-THAI):</p> <p>melhorias significativas em todos os domínios (físico, psicológico, social, ambiental e global)</p> <p>no grupo PSME</p>
--	--	--	--	--	---

							Medo de cair (FES- I Thai): redução significativa no grupo PSME
--	--	--	--	--	--	--	---

Artigo 9 ” Effects of treadmill slip and trip perturbation- based balance training on falls in community- dwelling older adults (STABILITY): study protocol for a randomised controlled trial”

Autores, Ano de Publicação	Pais	Objetivos	Desenho Metodológico	Carateristicas das amostra	Intervenções	Principais Resultados	Conclusões
Jens Eg Nørgaard; Stig Andersen Jesper Ryg; 2022		Quantificar os efeitos de uma intervenção de treino de PTB (Pertubation- Based Balance Training) em passadeira de 4 sessões nas quedas em comparação com caminhada em passadeira entre idosos residentes na	Ensaio de superioridade controlado aleatorio de grupo paralelo com uma razão de alocação 1:1		Grupo PBT em passadeira: Quatro sessões de treino no total, consistindo em 40 perturbações de escorregamento e/ou	Resultado Primário: Taxas de queda na vida diária coletadas usando calendários de queda por um período de	

		comunidade com 65 anos ou mais.			tropeçamento induzidas por acelerações da passada em caminhada em passada: Quatro sessões de caminhada em passada.	acompanhamento por 52 semanas. Resultados Secundários: Fatores de risco relacionados à queda físicos, cognitivos e sociais-psicológicos.	
--	--	---------------------------------	--	--	--	--	--

Artigo 10 "Effectiveness of Yoga versus Exercise for reducing falling risk in older adults: physical and psychological indices"

Autores, Ano de Publicação	Pais	Objetivos	Desenho Metodológico	Carateristicas da amostra	Intervenções	Principais Resultados	Conclusões
Luis J. Bartos; Geoffrey A. Meek; Bonnie G. Berger 2022	Estados Unidos da América	O estudo investigou a eficácia da Yoga versus da exercício na redução de quedas em idosos, avaliando índices físicos e psicológicos	Experimental O estudo utilizou um desenho experimental com três grupos: um grupo de	Trinta e cinco adultos mais velhos (65 anos) participaram de programas de minutos, duas vezes por semana, durante	Grupo Yoga: Participou de um programa de yoga com duração de 60 minutos, duas vezes por semana, durante	Os resultados indicaram que 16 participantes de yoga tiveram pontuações	Eficácia do Yoga e Exercício na Redução de Riscos Físicos de Queda: Tanto o

			<p>grupo de controle sem yoga, um grupo de exercício e um grupo de controle (sem programa).</p> <p>de controle sem yoga, um grupo de exercício e um grupo de controle (sem programa).</p> <p>As medidas incluíram força da parte inferior do corpo, equilíbrio estático, flexibilidade da parte inferior do corpo, autoeficácia percebida em relação a quedas e qualidade de vida relacionada à saúde.</p>	<p>sem semanas. Os estilos mais altos nos testes de yoga quanto a flexibilidade da parte inferior do corpo e equilíbrio estático das posturas, técnicas de respiração, meditação e relaxamento.</p> <p>Grupo Exercício: Participou de um programa de exercício com duração de 60 minutos, duas vezes por semana durante 16 semanas. O estilo de intervenção era treinamento em circuito, envolvendo exercícios de baixa</p>	<p>Os estilos mais altos nos testes de yoga quanto a flexibilidade da parte inferior do corpo e equilíbrio estático da perna direita, em comparação com os grupos de exercício e controle. Os participantes do exercício com o grupo de controle): Os participantes do grupo de yoga apresentaram melhorias significativas na flexibilidade da parte inferior do</p>	<p>programa de yoga quanto o programa de exercício foram eficazes na diminuição dos riscos físicos associados a quedas. Superioridade do Yoga de Flexibilidade e Força (em comparação com o grupo de controle): Os participantes do grupo de yoga apresentaram melhorias significativas na flexibilidade da parte inferior do</p>
--	--	--	--	---	--	---

					<p>impacto com Geral. Apenas direita suporte de peso, probabilidade quanto na levantamento de de (esquerda) e na pesos leves, superioridade força da parte exercícios indicou que os inferior do aeróbicos participantes corpo (medida moderados edo grupo de pelo teste de alongamentos. controle se sentar e Grupo Controle beneficiariam levantar da (Sem Programa): ao se inscrever cadeira) em Não participou de no programa comparação nenhuma de yoga em com o grupo de intervenção deve do controle. exercício. Os programa de Yoga vs. participantes deste exercícios para Exercício - grupo estavam reduzir os Flexibilidade: envolvidos em riscos físicos Os atividades de queda. participantes do sedentárias, como Yoga melhora grupo de yoga pintura, escrita ea flexibilidade demonstraram atividades sociais e o equilíbrio maior informais no centro em idosos. flexibilidade na sênior, duas vezes Exercício parte inferior do por semana. melhora a corpo em</p>
--	--	--	--	--	---

						<p>energia, reduz a dor e melhora a saúde geral em idosos. Yoga é mais benéfico do que exercício para reduzir os riscos físicos de queda em idosos sedentários.</p> <p>comparação com os participantes do grupo de exercício. Exercício vs. Yoga - Qualidade de Vida: Os participantes do grupo de exercício pontuaram mais alto em algumas subescalas da qualidade de vida (Energia/Fadiga, Dor e Saúde Geral) em comparação com o grupo de yoga.</p>
--	--	--	--	--	--	--

							<p>Fatores Psicológicos:</p> <p>Não houve diferenças significativas no medo de cair (medido pela Escala de Eficácia para Quedas - Internacional) entre os grupos de yoga, exercício e controle. Isso foi atribuído a um possível "efeito de teto" na escala, dado que os participantes eram idosos saudáveis e ativos.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

							Recomendação para Não Participantes: Para indivíduos que não participam de programas de atividade física, a análise de "Probabilidade de Superioridade" (PS) sugeriu que o programa de yoga seria mais benéfico para a prevenção de quedas, com base em medidas físicas e na escala de eficácia para quedas. No
--	--	--	--	--	--	--	---

							<p>entanto, para algumas subescalas de qualidade de vida, os participantes do grupo de controle já apresentavam pontuações superiores, e o grupo de exercício foi superior em uma subescala específica de saúde geral.</p> <p>Importância da Significância Prática: O estudo enfatiza a importância de considerar a significância</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

							prática (através do tamanho do efeito e intervalos de confiança) além da significância estatística, especialmente em estudos com amostras pequenas, para entender o significado real dos resultados.
--	--	--	--	--	--	--	--

Anexo II: Planos de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Escola Superior de Saúde de Santarém
Ano letivo: 2024/2025

“Planos de cuidados de enfermagem de reabilitação em contexto de domicilio ”

Discente:
Ricardo Santa Bárbara nº170100039

Santarém, Dezembro de 2024

Enquadramento e situação clínica da pessoa

O senhor F.M.P, 89 anos, foi admitido no serviço de urgência no seu hospital de residência, transportados por bombeiros, após episódio de queda no domicílio ocorrido no período nocturno. Segundo as informações oferecidas, pela filha, o senhor F.M.P, foi encontrado no chão da sua habitação durante a madrugada, não sendo possível, chegar a conclusão, do que aconteceu realmente, tendo em conta, o que o senhor apresenta um défice cognitivo. Durante a observação no serviço de urgência, o senhor apresentava diferenças alterações clínicas que motivaram avaliação diagnóstica complementar, o que evidenciou um quadro compatível com tromboembolismo pulmonar, com repercussão hemodinâmica e respiratória. Durante o internamento, foi detetando um compromisso da função respiratória, com necessidade de cumprir oxigenioterapia, bem como limitação da tolerância à atividade, manifestado por fadiga e dispneia a pequenos esforços. Manteve internado para vigilância do seu quadro clínico, com estabilização do quadro respiratório e início de terapêutica anticoagulante, tendo sido assegurada a monitorização contínua do estado geral, dos parâmetros vitais, da perfusão tecidual e da resposta à terapêutica instituída. Após a estabilização clínica, foi realizada transição para anticoagulação oral, com planeamento da continuidade de cuidados no domicílio.

Antecedentes Pessoais e contexto de saúde

O historial de saúde do utente é marcado pela presença de diabetes mellitus e hipertensão arterial, patologias crónicas com potencial impacto na capacidade funcional e na adaptação ao esforço. Apresenta ainda antecedentes de prostatectomia e suspeita de síndrome demencial, o que pode comprometer a adesão ao regime terapêutico, a segurança no domicílio e a autonomia nas actividades de vida diária.

No contexto domiciliário, o utente encontra-se sob terapêutica farmacológica regular, incluindo medicação para controlo metabólico, cardiovascular, urológico, do humor e anticoagulação, exigindo vigilância de enfermagem quanto à adesão terapêutica, efeitos adversos e risco acrescido de hemorragia.

Após a alta hospitalar, o senhor apresentava uma intolerância à atividade, cansaço a pequenos esforços e redução da capacidade funcional, com impacto significativo na realização das actividades de vida diária. Face a estas limitações, bem como à idade avançada, comorbilidades e possível défice cognitivo, foi referenciado para a Equipa de Cuidados Continuados Integrados na Comunidade na sua localidade. A intervenção de enfermagem em contexto comunitário visa a promoção da adaptação ao esforço, a vigilância do estado respiratório e cardiovascular, a prevenção de complicações associadas à anticoagulação, a promoção da segurança no

domicílio e o apoio à família/cuidador, contribuindo para a manutenção da autonomia, qualidade de vida e continuidade dos cuidados.

Avaliação de enfermagem de reabilitação

Senhor F.C.P, foi aplicada a escala de coma de Glasgow que revelou um score 15: Sem défices motores, mas apresenta uma limitação funcional da articulação do joelho à direita. Senhor F.C.P relata uma diminuição da acuidade visual no olho à esquerda, apesar de usar óculos. Pupilas isoreativas e isocóricas.. Mantém a força nos diferentes segmentos articulares, com grau 4- nos diferentes segmentos articulares usando a escala de força muscular de medical research council. Apresenta um desequilíbrio dinâmico, apesar de usar produtos de apoio: canadianas.

Apresenta uma dispneia para pequenos esforços, relata com dificuldade na realização dos autocuidados. Eupneico em ar ambiente, com oximetrias periféricas entre 97% a 98%, sem dificuldade respiratória. Auscultação pulmonar mantém o murmúrio vesicular nos diferentes lobos. Mantém uma respiração de predomínio abdominal, sem uso dos músculos acessórios. Apresenta uma expansão simétrica bilateral. Sem cianose nas extremidades periféricas, e sem presença de adejo nasal. Relata também apresenta dispneia no período noturno, apresentando dificuldade em dormir, apresentar de realizar a elevação da cabeça.

Têm um pulso cheio, forte, por períodos arritmico, com batimentos cardíacos entre 87 a 98 bpm, em repouso. Com tempo preenchimento capilar inferior a 2 segundos. Normotenso (140/78 mmHg).

Pele íntegra. Mucosas coradas e hidratadas. apresenta edemas nos maléolos bilateral, com sinal de godet (++)

Atualmente encontra-se dependente parcial nos autocuidados, apresenta um score de 70 acordo com escala de Barthel, sendo que vai a Cruz vermelha prestar os cuidados de higiene, este utente relata que se senta no período da prestação de cuidados de higiene. Visto que apresenta uma limitação funcional do joelho à direita, apresenta uma marcha menos eficaz, necessitando de ajuda de produtos de deambulação para conseguir deambular. Alimenta-se por mão própria, continente de esfínteres. Para além disso, o senhor apresenta um risco elevado de queda, um score 75, aplicado a escala de morse.

O senhor F.C.P vive com a sua esposa, têm com cuidadora principal a sua filha. Em termos espaço físicos da casa, encontra-se adequada para as limitações do casal. Esta casa é resto chão, tendo as divisões perto uma das outras.

Planos de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Foco de Enfermagem	Diagnóstico de enfermagem	Avaliação	Objetivos	Intervenções de enfermagem	Reavaliação
Queda	Risco de Queda elevado	Utilizando a escala de Morse,	Aumentar a segurança na	- Ensinar prevenção de quedas; - Treino de marcha com apoio	Realizar uma reavaliação da escala de morse de 7 em 7 dias
Ventilação	Ventilação ineficaz devido a intolerância a atividade	Foi aplicado a escala de Morse, apresenta um risco de queda; Com medo de cair.	Melhorar a tolerância a atividade, evidenciado por uma marcha segura com apoio, Ventilação funcional Desenvolvimento de um plano de reabilitação de uso adequado de apoio técnico; cardiopulmonar Ter maior confiança na deambulação	Ensinar e executar exercícios de reeducação diafragmática; - Ensinar técnicas de equilíbrio; Ensinar e executar Reabertura - Ensinar transferências postural dos músculos intercostais; segura; Ensinar e executar Reeducação - Trabalhar o medo de risco de queda; Bastão - Oferecer apoio emocional. Ensinar e executar Controle e dissociação quando alta para o banheiro. Instalar barras de apoio e iluminação adequada. Realizar a Auscultação retirar obstáculos, que possam pulmonar; aumentar o risco de queda, Monitorização de Oximetrias periféricas;	Devemos utilizar a escala de Morse durante a sessão de reabilitação, todos os dias em sempre a monitorização dos sinais vitais do utente, Reforçar os Verificou a instalação de barras de apoio, foi retirados os obstáculos na execução dos mesmos,

--	--	--	--	--	--

<p><u>Intolerância a atividade</u></p>	<p>Intolerância a atividade presente</p>	<p>Avaliação do conhecimento sobre as técnicas de conservação da energia: A senhora demonstrou pouco conhecimento sobre as técnicas de conservação de energia</p>	<p>Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia;</p>	<p>Ensinar sobre a conservação de energia; Ensinar sobre os períodos atividade/ repouso; Treinar a executar regime de exercício; Analisar com a pessoa os resultados alcançados;</p>	<p>Reavaliar a evolução da consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia. Apesar do senhor ter apresentado algum conhecimento de conservação de energias, foi reforçado a importância de cumprir.</p>
---	--	---	--	---	---

Implementação de um programa de reabilitação cardíaca

<p>Fase de Aquecimento</p>	<p>Exercícios de respiratórios e de relaxamento para oxigenação e aquecimento muscular, têm uma duração de cerca de 5 minutos.</p>
<p>Fase de treino aeróbico</p>	<p>Cicloergómetro durante 3 minutos: Treino de Marcha durante 2 minutos</p>

Fase de treino de força	<p>Exercício da ponte (Posição deitado) -Frequência deste exercício: 3 repetições, progressão: diária, de mais uma repetição por um dia (se ausência de sinais de alarme);</p> <p>Exercícios com membros superiores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flexão/Extensão do ombro; • Elevação/Retração da omoplata; • Flexão/Extensão de cotovelo. <p>Exercícios com os membros inferiores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abdução/Adução da articulação da coxofemoral; • Flexão/extensão do joelho; • Flexão Plantar/ Flexão dorsal do tornozelo. <p>Descansa durante 1 minutos antes de mudar para outro grupo de articulação.</p> <p>Com repetição de 2 series.</p> <p>Tempo estimado cerca de 5 minutos</p>
Arrefecimento	Exercícios de respiratórios e de relaxamento durante 3 minutos
Total	20 minutos

Dia 1: Implementação do programa de reabilitação cardiorrespiratório (28 de Novembro de 2024)

	Sinais Vitais:	Escala de Borg modificada	Escala Numérica da Dor	Conforto
--	----------------	---------------------------	------------------------	----------

Antes do início do programa	T.A: 125/61 mmHg F.C: 70 bpm Saturação O2: 96%	Referiu nenhuma sensação de dispneia antes o exercício.	0	Mantido
Durante o programa	3 minutos depois do início do programa: T.A: 125/72 mmHg F.C:72 bpm Saturação:97% 5 minutos depois do início do programa: T.A: 127/75 mmHg F.C:71 bpm Saturação:96% 10 minutos depois do início do programa: T.A: 157/ 75 mmHg F.C: 71 bpm Saturação: 93% 15 minutos depois do início do programa: T.A: 130/72 mmHg F.C:70 bpm Saturação: 98%	3 minutos depois do início do programa: Relata uma dispneia leve. 5 minutos depois do início do programa: Relatou que uma dispneia muito leve. 10 minutos depois do início do programa, relatou que a dispneia era moderada. 15 minutos depois do início do programa, mantém a dispneia moderada.	Utente relatou durante o programa nunca ter sentido nenhuma dor. Foi sempre avaliado a dor nos diferentes momentos de avaliação dos sinais vitais e escala de Borg.	Utente relatou durante o programa nunca ter estado desconfortável.Foi sempre avaliado nos diferentes momentos de avaliação dos sinais vitais e escala de Borg.

Movimento Corporal	Movimento corporal comprometido no membro inferiores	Capacidade para realizar transferências; Amplitude de movimento corporal	Executar movimentos funcionais de forma independente	Executar técnica de exercício muscular e articular ativos e ativos resistidos	Observação da autonomia funcional; redução progressiva da assistência; adaptação do treino conforme evolução.
Marcha	Marcha prejudicada relacionada com equilíbrio dinâmico em pé alterado, com a sensibilidade dos membros inferiores	Analisar o padrão da marcha; Capacidade de iniciar o movimento, ritmo, coordenação	Iniciar marcha com segurança; Melhorar padrão de marcha com apoio técnico; Realizar marcha funcional segura com autonomia	- Treinar marcha progressivo; - Ensinar uso de apoio técnico; - Corrigir padrão de marcha; - Solicitar ao senhor realizar uma marcha lenta, com estimulação de realizar uma extensão/flexão, elevação dos membros inferiores;	Realizar uma reavaliação funcional com instrumentos adequados; Progresso da distância, com redução gradual do apoio.

				<ul style="list-style-type: none"> - Realizar uma marcha sobre os calcâneos; - Reconhecer e reforçar progressos, mesmo pequenos, para aumentar a motivação; - Realizar passos laterais: fazer pequenos passos para o lado, mantendo o equilíbrio. 	
Equilíbrio	Equilíbrio dinâmico em pé comprometido	Usar a escala de Tinetti , com score de 16, apresentado um levado risco de queda	Realizar movimentos dinâmicos com equilíbrio dinâmico com equilíbrio adequado	<ul style="list-style-type: none"> - Usar almofada de equilíbrio; - Realizar o apoio unipedal, sobre a almofada de equilíbrio; - Realizar o apoio unipedal, sobre a almofada de equilíbrio, com os olhos fechados. - Realizar agachamentos sobre a almofada de equilíbrio; 	Aplicar a escala de Tinetti, para permitir a progressão para tarefas com maior complexidade

				- Realizar treino de marcha com mudança de direção.	
--	--	--	--	---	--

<u>Andar</u>	<p>Potencial para melhorar conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para andar;</p> <p>Potencial para melhorar capacidade para andar</p>	<p>Avaliar conhecimento a pessoa sobre adaptação do domicílio para andar</p>		<p>Ensinar sobre a técnica de adaptação para andar;</p> <p>Treinar técnica de adaptação para andar;</p> <p>Ensinar sobre adaptação do domicílio para andar;</p> <p>Ensinar sobre a técnica de adaptação para andar;</p>	
---------------------	--	--	--	---	--

<p><u>Andar com auxiliar de marcha:</u> <u>Canadianas</u></p>	<p>Potencial para melhorar capacidade para andar com auxiliar de marcha</p>	<p>Avaliar capacidade para andar com auxiliar de marcha: canadianas;</p>		<p>Ensinar sobre o andar com auxiliar de marcha Treinar andar com auxiliar de marcha: andarilho</p>	<p>Supervisionar o treino de marcha com andarilho, e corrigir a postura</p>
---	---	--	--	--	---



1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Escola Superior de Saúde de Santarém
Ano letivo: 2024/2025

“Planos de cuidados de enfermagem de reabilitação: Contexto Neurológico”

Discente:
Ricardo Santa Bárbara nº170100039

Santarém, Janeiro de 2025

Historia Atual

O senhor J.M.C.N.R, com 33 anos de idade, vive de forma autonoma no domicilio, independente nas satisfação dos autocuidados, mobilidade independente e participação ativa nas rotinas domésticas, sociais e profissionais.

Em Agosto de 2024, o senhor J.M.C.N.R começa a desenvolver alteraçõs sensoriais nos membros inferiores, descritas com parestesias progressiva dos pés em direção as pernas, promovendo assim uma insegurança durante a marcha e desconforto no contacto com o solo. Nas semanas seguintes, identificou uma diminuicão de força muscular nos membros inferiores, tendo um impacto significativo na capacidade de realizar marcha de forma autonoma, na realização de transferências seguras e movimentos funcionais, promovendo assim à perda gradual de autonomia, criando uma dependencia de terceiros, para realizar as suas deslocaçõs.

De forma paralela, o senhor J.M.C.N.R reltata alteraçõs do seu padrão intestinal, com dificuldade em manter o seu padrão regular, também relata têm dificuldade no esvaziamento vesical, o que interfere com o bem- estar físico e emocional, bem como a perpeção do controlo do seu corpo.

Com a evoluacão das alteraçõs e repercussão na sua vida diária, o senhor fica internado para avaliação e apoio terapêutico. Durante o internamento, integrou cuidados de especializados que contribuem para melhoria parcial do quadro funcional, traduzido pelo o aumento da estabilidade postural, diminuicão das alteraçõs sensitivas e maior facilidade na realização de movimentos. Após o regresso ao domicilio, a pessoa observou novamente a intensificacão das alteraçõs sensitivas nos membros inferiores, com o impacto direto na capacidade de marcha, na confiança para realizar deslocaçõs e na perpeção de segurança durante os movimentos. Com o desenvolvimento deste quadro novamente, procura novamente os cuidados hospitalares para reavaliação da sua situação clinica e reorientação clinica.

No atual contexto de cuidados, observa-se que a pessoa apresenta alteraçõs sensorais nos membros inferiores, alteraçõs no equilibrio e dificuldade em sustentar na marcha funcional, precisando de apoio para deslocaçõs e para garantir segurança postural.

Antecedentes Pessoais: Têm história de traumatismo cranioencefálico grave, com recuperação das sequelas no funcionamento diário, meningite posterior com alteraçõs, tiveram impacto na audição. Mantém hábitos tábigos regulares e consumos etalónicos ocasional.

Avaliação de enfermagem de Reabilitação

O senhor J.M.C.N.R, foi aplicada a escala de coma de Glasgow que revelou um score 15: Sem défices motores. Senhor J.M.C.N.R têm uma diminuicão da acuidade visual bilateral, usa óculos

que corrigem a diminuição acuidade visual. Pupilas isoreativas e isocóricas. Com uma diminuição da acuidade auditiva a esquerda, que realiza correção com prótese auditiva. Com parésia facial central à esquerda, mas sem disfagia para líquidos e sólidos, aplicado a escala de deglutição de GUSS. Têm uma força muscular de grau 4 nos membros inferiores, mas nos membros superiores sem diminuição da força, usando a escala de força muscular de medical research council. Apresenta um desequilíbrio na marcha, em pé dinâmico, mas sem necessidade de apoio unilateral ou bilateral. Apresenta uma diminuição da sensibilidade dos segmentos articulares joelhos bilaterais, na tibiotársica bilateral e nos pés. Foram testadas as sensibilidades de calor/frio, propriocepção de dor e de pressão, nos membros inferiores, com diminuição acentuada nos pés, principalmente na região do calcâneo e nos dedos, na perna com perda de sensibilidade na face lateral externas das pernas, e nos joelhos em toda a região.

Eupneico em ar ambiente, com oximetrias periféricas entre 98% a 99%, sem dificuldade respiratória. Auscultação pulmonar mantém o murmúrio vesicular nos diferentes lobos. Mantém uma respiração de predomínio abdominal, sem uso dos músculos acessórios. Apresenta uma expansão simétrica bilateral. Sem cianose nas extremidades periféricas, e sem presença de adejo nasal.

Têm um pulso cheio, forte, e rítmico, com batimentos cardíacos entre 87 a 98 bpm, em repouso. Com tempo preenchimento capilar inferior a 2 segundos. Normotenso.

Pele integra. Mucosas coradas e hidratadas, sem edemas nos membros inferiores.

Mantém transito intestinal mantido e regulado, abdómen timpanizado e compressível, sem queixas ao toque.

Atualmente encontra-se dependente moderado, com um score 70 de acordo com escala de Barthel. Sem queixas algicas.

Planos de cuidados de enfermagem de reabilitação

Foco de Enfermagem	Diagnóstico de enfermagem	Avaliação	Objetivos	Intervenções de enfermagem	Reavaliação
<p>Queda</p>	<p>Risco de Queda elevado</p>	<p>Utilizando a escala de Morse, apresenta inicial o Score de 85, apresenta um alto risco de queda;</p> <p>Apresenta instabilidade de ortostatismo, passos curtos, base alargada, medo de cair</p>	<p>Aumentar segurança na marcha, reduzir o risco de queda, evidenciado por uma marcha segura com apoio;</p> <p>Transferência postural eficaz;</p> <p>Uso adequado de apoio técnico;</p> <p>Ter maior confiança na deambulação</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar prevenção de quedas; - Treino de marcha com apoio técnico; - Ensinar técnicas de equilíbrio; - Ensinar transferências postural segura; - Trabalhar o medo de risco de queda; - Oferecer apoio emocional. - Ensinar quando alta para domicílio: instalar barras de apoio e iluminação adequada, retirar obstáculos, que possam aumentar o risco de queda 	<p>Realizar uma reavaliação da escala de morse de 7 em 7 dias;</p> <p>Validar e confirmar os ensinamentos realizados sempre que for possível</p>

Ventilação	Ventilação ineficaz devido a intolerância a atividade	Foi aplicado a escala de dispneia de Borg, utente refere 4 na escala	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar a tolerância a atividade; - Ventilação funcional 	<p>Ensinar e executar exercícios de reeducação diafragmática;</p> <p>Ensinar e executar Reabertura dos músculos intercostais;</p> <p>Ensinar e executar Reeducação seletiva e global: Com uma faixa, bastão</p> <p>Ensinar e executar Controlo e dissociação dos tempos respiratórios;</p> <p>Realizar a Auscultação pulmonar;</p> <p>Monitorização de Oximetrias periféricas;</p>	Devemos utilizar a escala de Borg durante o sessão de reabilitação; tendo em conta a monitorização dos sinais vitais do utente, Reforçar os ensinios e reavaliar para capacidade do utente na execução dos mesmos
Sensibilidade	Sensibilidade alterada por disfunção sensitiva e	Avaliação da sensibilidade tátil e proprioceptiva;	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecer estímulos sensoriais básicos; 	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular sensibilidade tátil; - Treinar proprioceção segmentar; 	Realizar uma realização antes das sessões de reabilitação sobre a resposta sensorial;

	proprioceptiva dos membros inferiores	<p>Avaliar a percepção do contacto plantar;</p> <p>Avaliar o reconhecimento da posição dos membros inferiores</p>	<p>- Melhorar a integração sensorial durante a marcha;</p> <p>- Utilizar informação proprioceptiva para controlo postural autónomo</p>	<p>- Treinar marcha com foco no contacto plantar;</p> <p>- Estimular integração sensorial;</p> <p>- Realizar a estimulação as sensibilidades de calor/frio, propriocepção de dor e de pressão;</p> <p>- Usar almofada de equilíbrio, na parte rugosa, realizado os movimentos para cima e para baixo;</p> <p>- Estimular o utente andar descalço por períodos;</p>	- Verificar o progresso para estímulos mais complexos
Movimento Corporal	Movimento corporal comprometido no membro inferiores	<p>Capacidade para realizar transferências;</p> <p>Amplitude de movimento corporal</p>	Executar movimentos funcionais de forma independente	Executar técnica de exercício muscular e articular ativos e ativos resistidos; Exercícios de agachamentos;	Observação da autonomia funcional; redução progressiva da assistência; adaptação do treino conforme evolução.

<p>Marcha</p>	<p>Marcha prejudicada relacionada com equilíbrio dinâmico em pé alterado, com a sensibilidade dos membros inferiores</p>	<p>Analisar o padrão da marcha; Capacidade de iniciar o movimento, ritmo, coordenação</p>	<p>Iniciar marcha com segurança; Melhorar padrão de marcha com apoio técnico; Realizar marcha funcional segura com autonomia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Treinar marcha progressivo; - Ensinar uso de apoio técnico; - Corrigir padrão de marcha; - Solicitar ao senhor J.M.C.N.R , realizar uma marcha lenta, com estimulação de realizar uma extensão/ flexão, elevação dos membros inferiores; - Realizar um treino de marcha, com uma marcha de quarto em linha; - Realizar um treino de marcha, com olhos fechados. - Realizar uma marcha sobre os calcâneos; - Reconhecer e reforçar progressos, mesmo pequenos, para aumentar a motivação; 	<p>Realizar uma reavaliação funcional com instrumentos adequados; Progresso da distância, com redução gradual do apoio.</p>
----------------------	--	---	--	---	---

				- Realizar passos laterais: fazer pequenos passos para o lado, mantendo o equilíbrio.	
Equilíbrio	Equilíbrio dinâmico em pé comprometido	Usar a escala de Tinetti , com score de 16, apresentado um levado risco de queda	Realizar movimentos dinâmicos com equilíbrio dinâmico com equilíbrio adequado	<ul style="list-style-type: none"> - Usar almofada de equilíbrio; - Realizar o apoio unipedal, sobre a almofada de equilíbrio; - Realizar o apoio unipedal, sobre a almofada de equilíbrio, com os olhos fechados. - Realizar agachamentos sobre a almofada de equilíbrio; - Realizar o apoio unipedal; - Realizar treino de marcha com mudança de direção. 	Aplicar a escala de Tinetti, para permitir a progressão para tarefas com maior complexidade, verificou uma melhoria de score após a realização de treino de equilíbrio



1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Escola Superior de Saúde de Santarém
Ano letivo: 2023/2024

“Planos de cuidados de enfermagem de reabilitação: Contexto Domicilio”

Discente:
Ricardo Santa Bárbara nº170100039

Santarém, Maio de 2025

Historia Atual

Senhor ACS, têm neste momento 96 anos, vive num 2º andar de prédio sem elevador, apartamento tipo duplex, com escadas internas que dá o acesso ao WC, que fica no andar inferior. A habitação com muito imobiliário, o que dificulta a deambulação com ou sem dispositivos, têm dois filhos e uma filha que vive em Oeiras, sendo a sua cuidadora de referência. Neste momento têm apoio de uma cuidadora formal das 08 as 18 horas de segunda a sexta feira, e restantes dias (sábado e domingo) é a filha é quem presta apoio.

Os antecedentes pessoais da senhora ACS: Diabetes tipo II insulino tratada, Dislipidemia, cardiopatia isquémica com angina estável, doença renal crónica de etiologia diabética, adenocarcinoma colon+ reto já submetida a proctosigmoidectomia, doença de Addison e HTA.

O regime terapêutico é : Furosemda 20 mg, Sertralina 25 mg; Nevabilol 2,5 mg; Mononitrato de isossorbida 50 mg

A história atual teve uma queda da própria altura no dia no dia 20/02 no domicilio, onde resultou fractura pertruncantérica à direita, onde foi submetida no dia 21/02 a encavilhamento e colocação de prótese total da anca

Em termos neurológicos, a senhora ACS, na escala de coma de Glasgow 15: calma, consciente, orientada em todas as vertentes. Com um discurso organizado e coeso. Com pupilas isocóricas e isoreativas, com uma diminuição de força generalizada, tendo uma limitação funcional do membro inferior à direita, que intervencionada pela equipa de ortopedia na colocação da prótese total da anca. Com uma diminuição da acuidade visual, sendo não utiliza óculos para correção desta acuidade visual, com hipocusia ligeira, mais acentuada à esquerda. Com desequilíbrio dinâmico em pé comprometido.

Em termos do sistema respiratório: apresenta-se eupneica em ar ambiente, com saturações periféricas entre os 96% a 98%, sem síndrome respiratório. A auscultação pulmonar mantém murmúrio vesicular, sem presença de ruídos adventícios. Mantém uma expansão torácica bilateral, com respiração de predomínio abdominal. Com presença de cansaço a médios esforços, e com pieira audível.

O sistema cardiovascular apresenta o perfil tensional mais hipertensivo (Tensão arterial 147/87 mmHg), com ritmo cardíaco 87 bpm, com pulso cheio e rítmico. O tempo de preenchimento capilar inferior a 2 segundos, sem presença de edemas.

O padrão alimentar da senhora ACS, cumpre cerca de 4 refeições completas ao dia. A preparação da sua alimentação é realizada por uma cuidadora, que fica com ela. O trânsito intestinal mantém funcionando para o habitual da pessoa, refere que evacua 3 a 3 dias.

A deambulação é feita entre o andarilho e sem uso dos produtos de apoio, ou seja no piso de baixo, a senhora ACS deambula com o andarilho, enquanto no andar de cima, ela deambula sem os produtos de apoio, onde acaba por assegurar aos moveis presentes na sala e na cozinha. Mantém força e coordenação muscular.

A senhora ACS têm o padrão do sono alterado, sendo que relata que acorda várias vezes durante o período noturno, apresenta fadiga diurna.

Em relação ao regime terapêutica, descreve que as vezes não cumpre o regime terapêutica, existe pouca monitorização da tensão arterial e da glicemia capilar.

Utilizando a escala de dependência do Barthel, apresenta um score de 70 pontos, tendo um grau de dependência moderada nos autocuidados. Para além disso, usando a escala de morse, a senhora ACS apresenta um score 65 na escala, sendo considerado um risco elevado de risco de queda.

Foco de Enfermagem	Diagnóstico de enfermagem	Avaliação	Objetivos	Intervenções de enfermagem	Reavaliação
<u>Ventilação:</u>	Ventilação comprometida;	Uma avaliação realizada foi uso da escala de Borg modificada, onde a utente demonstrou ter uma escala de Borg de 4, em repouso. A utente também relata dispneia a médios esforço	- Melhorar a capacidade ventilatoria da senhora, de acordo com os esforços, no decorrer na satisfação dos autocuidados	<p>Avaliação da saturação periférica, frequência respiratória e frequência cárdica tensão arterial (antes da sessão e após da sessão)</p> <p>Executar auscultação pulmonar antes da sessão e após da sessão</p> <p>Ensinar a dissociação dos tempos respiratórios;</p> <p>Executar a dissociação dos tempos inspiratórios;</p> <p>Executar uma respiração abdómen-diafragmática;</p> <p>Executar reeducação costal inferior bilateral</p>	Utilizar a escala de Borg,

				com recurso a um dispositivo: faixa; Executar reeducação costal global com recurso a dispositivo: bastão	
<u>Andar</u>	Potencial para melhorar conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para andar; Potencial para melhorar capacidade para andar	Avaliar conhecimento a pessoa sobre adaptação do domicílio para andar		Ensinar sobre a técnica de adaptação para andar; Treinar técnica de adaptação para andar; Ensinar sobre adaptação do domicílio para andar; Ensinar sobre a técnica de adaptação para andar;	
<u>Andar com auxiliar de marcha</u>	Potencial para melhorar capacidade para andar com auxiliar de marcha	Avaliar capacidade para andar com auxiliar de marcha: andarilho;		Ensinar sobre o andar com auxiliar de marcha Treinar andar com auxiliar de marcha: andarilho	Supervisionar o treino de marcha com andarilho, e corrigir a postura

<u>Equilíbrio</u>	Equilíbrio dinâmico em pé comprometido; Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre o equilíbrio comprometido e risco de queda.	Utilizando a escala de Berg, foi obtido um score de 27, sendo que a utente apresenta um risco elevado de risco de queda, dado o suplemento ao risco de queda prévio realizado na avaliação de enfermagem		Executar técnica de equilíbrio estático de pé; Treinar o equilíbrio estático sentado e pé; Assistir no treino de equilíbrio; Estimular ao equilíbrio corporal	
<u>Movimento muscular</u>	Movimento muscular diminuído no membro inferior à direita; Potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas muscular e articular;	Avaliação da força muscular: a senhora ACS apresenta o controlo ativo dos movimentos, apresenta uma diminuição de movimento muscular, no membro inferior à direita: principalmente na		Executar técnica de exercício muscular e articular ativo; Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular: mobilizações ativas; Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e	Monitorizar força muscular através da escala de <i>Medical Research Council, em quanda intervenções desenvolvidas</i>

		articulação da coxofemoral, têm mobilização ativa nos restantes segmentos articulares, apresenta pouco conhecimento para as técnicas de exercícios muscular e articular		articular: fortalecimento muscular Treinar técnicas de exercício muscular e articular: mobilizações ativas	
<u>Gestão do regime terapêutico</u>	Adesão ao regime terapeutico comprometido	Avaliação evolução do conhecimento do cuidador sobre a gestão do regime terapêutico; Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o	Potencial do cuidador para melhorar capacidade do regime medicamentoso; Potencial do cuidador para melhorar o conhecimento sobre	Ensinar cuidador sobre o regime terapêutico; Ensinar o cuidador sobre a importância da monitorização da glicemia capilar; Ensinar o cuidador sobre a importância da monitorização da pressão arterial;	

		<p>controle da pressão sanguínea;</p> <p>Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controle da glicemia capilar;</p>	<p>a gestão do regime medicamentoso;</p> <p>Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controle de glicémia;</p> <p>Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controle da pressão sanguínea</p>	<p>Treinar a administração da medicação, ao cuidador;</p> <p>Treinar cuidador a administrar medicação</p>	
<u>Intolerância a atividade</u>	Intolerância a atividade presente	Avaliação do conhecimento sobre as técnicas de	Potencial para melhorar consciencialização	Ensinar sobre a conservação de energia;	Reavaliar a evolução da consciencialização da relação entre a gestão da

		conservação da energia: A senhora demonstrou pouco conhecimento sobre as técnicas de conservação de energia	da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia;	<p>Ensinar sobre os períodos atividade/ repouso;</p> <p>Treinar a executar regime de exercício;</p> <p>Analisar com a pessoa os resultados alcançados;</p>	atividade / repouso e a conservação de energia.
<u>Queda</u>	Risco de queda presente	A senhora um score 65, um alto risco de queda presente	<p>Aumentar segurança na marcha, reduzir o risco de queda, evidenciado por uma marcha segura com apoio;</p> <p>Transferência postural eficaz;</p> <p>Ter maior confiança na deambulação</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar prevenção de quedas; - Treino de marcha com apoio técnico; - Ensinar técnicas de equilíbrio; - Ensinar transferências postural segura; - Trabalhar o medo de risco de queda; - Oferecer apoio emocional. 	<p>Realizar uma reavaliação da escala de morse de 7 em 7 dias;</p> <p>Validar e confirmar os ensinamentos realizados sempre que for possível</p>

				<p>- Ensinar no domicílio: instalar barras de apoio e iluminação adequada, retirar obstáculos, que possam aumentar o risco de queda</p>	
--	--	--	--	---	--



1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Escola Superior de Saúde de Santarém
Ano letivo: 2023/2024

“Planos de cuidados de enfermagem de reabilitação: Contexto Domicilio”

Discente:
Ricardo Santa Bárbara nº170100039

Santarém, Maio de 2025

Avaliação de enfermagem de reabilitação:

Senhor FJCOC, 92 anos, reformado, mas antigamente, professor de educação física, antes do internamento previamente autónomo nos autocuidados, reside com a esposa, com ajuda de cuidadora em todos os dias da semana. Têm dois filhos, bastante presentes.

Antecedentes Pessoais: HTA, Artroscopia do ombro à esquerda, Apendicectomia, Prostatectomia; DPOC e broquiestasias, obesidade, dislipidemia, osteoartrose do joelho à esquerda, escoliose, hipocusia, insónia

Regime terapêutico: Fentanilo transdérmico 12,5 mg (de 3 em 3 dias); gabapetina ao pequeno almoço e ao deitar, Amiloride+hidroclorotiazida 5 mg ao pequeno almoço, Brometo de gliopirónico+ Indacetol 1 puff ao pequeno almoço, Pantoprazol em jejum, Sinvastatina 1 ao jantar, Oxazepam 50 mg ao deitar, Astrozen ao pequeno almoço, Valsartan 1 ao pequeno almoço e Astrozen 1 ao pequeno almoço

O senhor FJCOC têm história de uma queda da própria altura, onde resultou um traumatismo crânio-encefálico, sem perda de conhecimento, desta queda resultou fratura da D1-D2, teve internado na enfermaria de infeciologia por uma suspeita de espondilite anquilosante. Referenciado para ECCI por encontra-se dependente na realização dos autocuidados, necessitando de reabilitação funcional, gestão do regime terapêutico.

Atualmente o senhor FJCOC, têm na escala de Glasgow um score 15: Pupilas isocóricas e isoreativas. Com hipocusia marcada, usa prótese auditiva bilateral. Com discurso coerente e orientado, responde ao solicitado. Nos membros superiores têm grau de força 3, vence a gravidade, mas a resistência não, enquanto nos membros inferiores, ainda apresenta uma limitação funcional no joelho à esquerda, não permite realizar por complemento a extensão/flexão do joelho, têm um grau de força 3. Refere sensação de anestesia no 5 dedo da mão à direita, apresenta uma diminuição da massa muscular. Em relação ao equilíbrio apresenta um desequilíbrio estático em pé, com necessidade de auxiliar de marcha, da dar um equilíbrio na marcha. Têm uma marcha a pequenos passos.

Em termos sistema respiratório: apresenta-se eupneico em ar ambiente, com oximetrias entre 94% a 95%. Sem SDR. Com cansaço a pequenos esforços, com respiração principalmente torácica, com expansão torácica simetria. Na auscultação mantém o murmúrio vesicular mantido, com presença de ruídos adventícios, broncoespasmo e roncos, principalmente do lóbulo inferior à esquerda. Com reflexo de tosse presente, apresenta dificuldade no expelir secreções, acumulando na orofaringe. Com ligeira cianose labial.

Sistema circulatório: Normocárdico (85 a 89 bpm), normotenso (140/85 mmHg); com tempo preenchimento capilar inferior a 2 segundos. Pulso cheio e rítmico. Com extremidades frias. Com dor presente, com agravamento a deambulação.

Têm pele íntegra, aparentemente hidratadas. Mucosas e escleróticas hidratadas. Sem edemas presentes.

Apresenta um Barthel neste momento de 50, dando uma dependência severa nos autocuidados. Têm maior dificuldades nos autocuidados de transferência, nos cuidados de higiene, vestir-se e na deambulação.

De acordo com a escala de morse, o senhor apresenta um risco elevado de queda, tendo um score de 65 pontos.

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO (Inicio do plano no dia 19/05/2025)

<u>Foco de enfermagem</u>	<u>Diagnóstico de enfermagem</u>	<u>Objetivos</u>	<u>Intervenções de enfermagem</u>	<u>Avaliação</u>
<p>Ventilação: Uma avaliação realizada foi uso da escala de Borg modificada, onde a utente demonstrou ter uma escala de Borg de 5, em repouso. A utente também relata dispneia a médios esforços.</p>	<p>Ventilação comprometida; Potencial para melhorar o conhecimento sobre a técnica respiratória</p>		<p>Avaliação da saturação periférica, frequência respiratória e frequência cardíaca tensão arterial (antes da sessão e após da sessão);</p> <p>Executar auscultação pulmonar antes da sessão e após da sessão;</p> <p>Ensinar a dissociação dos tempos respiratórios;</p> <p>Ensinar uma respiração abdómen-diafragmática</p> <p>Executar a dissociação dos tempos inspiratórios;</p> <p>Executar uma respiração abdómen-diafragmática;</p>	<p>No inicio da sessão utente apresenta saturação de 95%, FR- 18 cpm; TA- 135/78 mmHg;</p> <p>Na auscultação pulmonar, utente apresenta murmúrio vesicular presente, mas com a presença de ruidos adventícios:</p> <p>broncoespamos e ronco no lobo inferior do pulmão à esquerda; No fim da sessão utente com auscultação pulmonar mantém o murmúrio vesicular, sem presença de ruidos adventícios</p>

			<p>Executar reeducação costal inferior bilateral com recurso a um dispositivo: faixa;</p> <p>Executar reeducação das hemicupulas a bilateral;</p> <p>Executar reeducação costal global com recurso a dispositivo: bastão.</p>	
Limpeza das vias aéreas	<p>-Limpeza das vias aéreas ineficaz;</p> <p>-Potencial para melhorar para limpar secreções da via aérea;</p>		<p>Avaliar o reflexo de tosse;</p> <p>Executar reeducação funcional respiratório;</p> <p>Executar terapêutica inalatória através do inalador;</p> <p>Vigiar expetoração;</p> <p>Ensinar técnica da tosse;</p> <p>Treinar técnica da tosse ;</p> <p>Executar técnica da tosse assistida.</p>	<p>Reflexo de tosse presente mas ineficaz;</p> <p>Expetoração esbranquiçada em moderada quantidade;</p> <p>Utente demonstrou capacidade para realizar tosse eficaz, usando o método de tosse assistida, um inicio de tosse huffing</p>

Intolerância a atividade.	<p>Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia;</p> <p>Potencial para melhorar capacidade para executar regime de exercício</p> <p>Potencial para melhorar conhecimento sobre conservação de energia;</p>		<p>Avaliar a evolução do conhecimento sobre a conservação de energia;</p> <p>Ensinar sobre a conservação de energia;</p> <p>Ensinar sobre os períodos atividade/ repouso;</p> <p>Treinar a executar regime de exercício;</p> <p>Analisar com a pessoa os resultados alcançados;</p> <p>Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia.</p>	<p>Antes da realização da intervenção do EEER, utente apresenta pouco conhecimento sobre a gestão de conservação, realizados ensinamentos sobre a manutenção atividade e repouso.</p>
Gestão do Regime terapêutico	<p>Potencial do cuidador para melhorar capacidade do regime medicamentoso;</p> <p>Potencial do cuidador para melhorar o conhecimento sobre a gestão do regime medicamentoso;</p>		<p>Avaliação evolução do conhecimento do cuidador sobre a gestão do regime terapêutico;</p> <p>Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o</p>	

	Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea		controlo da pressão sanguínea; Ensinar cuidador sobre o regime terapêutico; Ensinar o cuidador sobre a importância da monitorização da pressão arterial; Instruir a administração da medicação, ao cuidador; Treinar cuidador a administrar medicação.	
Equilíbrio : Utilizando a escala de Berg, foi obtido um score de 24, sendo que a utente apresenta um risco elevado de risco de queda, dado o suplemento ao risco de queda prévio realizado na avaliação de enfermagem	Equilíbrio estático de pé comprometido; Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre o equilíbrio comprometido e risco de queda.		Executar técnica de equilíbrio estático de pé; Treinar o equilíbrio estático sentado e pé; Assistir no treino de equilíbrio; Estimular ao equilíbrio corporal	

<p>Movimento muscular: Avaliação da força muscular: apresenta o controlo ativo dos movimentos, apresenta uma diminuição de movimento muscular, no membro inferior à esquerda: principalmente na articulação do joelho, têm mobilização ativa nos restantes segmentos articulares, apresenta pouco conhecimento para as técnicas de exercícios muscular e articular</p>	<p>Movimento muscular diminuído no membro inferior à esquerda Potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas muscular e articular; Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular</p>		<p>Executar técnica de exercício muscular e articular ativo; Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular: mobilizações ativas; Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular: fortalecimento muscular Treinar técnicas de exercício muscular e articular: mobilizações ativas Monitorizar força muscular através da escala <i>de Medical Research Council</i></p>	
<p>Andar com auxílio de marcha</p>	<p>Potencial para melhorar capacidade para andar com auxiliar de marcha</p>		<p>Avaliar capacidade para andar com auxiliar de marcha: andariño; Ensinar sobre o andar com auxiliar de marcha</p>	<p>Houve a necessidade de realizar um ajuste no andariño, visto que não encontrava-se adequado para o utente, solicitado a</p>

			Treinar andar com auxiliar de marcha: andarilho	familia, uma nova aquisição de novo andarilho, que melhor bastante a postura do utente. Realizados ensinios sobre o treino de marcha
Andar	Potencial para melhorar conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicilio para andar; Potencial para melhorar capacidade para andar		Avaliar conhecimento do cuidador sobre adaptação do domicilio para andar Instruir sobre a técnica de adaptação para andar; Treinar técnica de adaptação para andar; Ensinar sobre adaptação do domicilio para andar; Ensinar sobre a técnica de adaptação para andar;	
Autocuidado transferência;	Potencial para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicilio para transferir-se;	Conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se melhorado	Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicilio para transferir-se; Avaliar conhecimento sobre técnica de	Identificar barreiras arquitetónicas para transferência. Após realizar uma avaliação, utente necessita de alguma ajuda

	Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se	Conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se; melhorado	adaptação para transferir-se; Ensinar sobre adaptação do domicilio para transferir-se; Ensinar sobre técnica de adaptação para transferir-se	para realizar transferências, realizados ensinamentos a cuidadora sobre com realizar transferência cama – cadeira de higiene/ cadeira de higiene- cadeirão/ e cadeirão- cama, realizado um reforço sobre a postura ergonômica de transferências
Autocuidado higiene;	Potencial para melhorar conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicilio para o autocuidado: higiene; Potencial para melhorar conhecimento do prestador sobre dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene	Conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicilio para autocuidado: higiene melhorado; Conhecimento do prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene melhorado	Avaliar conhecimento sobre a adaptação do domicilio para o autocuidado de higiene; Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para o autocuidado de higiene; Ensinar sobre adaptação do domicilio para o autocuidado: higiene	Devemos conhecer a necessidade de adaptação do domicilio para o autocuidado; Identificar barreiras arquitetônicas para o autocuidado Pós realizado uma avaliação dos cuidados de higiene, o senhor apresenta na sua casa de banho, um poliban, com barras de apoio, e com

				uma cadeira de higiene, estes cuidados são garantidos pela a cuidadora.
Dor	Dor presente	Utente sem presença de dor	Monitorizar dor; através de escala numérica Vigiar a dor; Gerir analgésia; Ensinar medidas de antiálgicas	Utente sobre transdermico de fentanil, que demonstrou pouco eficaz para sua dor, articulado com a equipa médica, sobre necessidade de melhor de controlo da dor. Realizados ensinios sobre medidas não farmacológicas: massagem com aplicação de diclofenac sódio, posturas de relaxamento, aplicação de calor/ frio, que surtiu algum efeito. Realizado os ensinios ao cuidador sobre a pertinência do registo da dor, os resgastes realizados

<p>Queda</p>	<p>Alto risco de queda, tendo apresentado um score 65 pontos na escala de morse</p>	<p>Aumentar segurança na marcha, reduzir o risco de queda, evidenciado por uma marcha segura com apoio;</p> <p>Transferência postural eficaz;</p> <p>Ter maior confiança na deambulação</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar prevenção de quedas; - Treino de marcha com apoio técnico; - Ensinar técnicas de equilíbrio; - Ensinar transferências postural segura; - Trabalhar o medo de risco de queda; - Oferecer apoio emocional. - Ensinar no domicílio: instalar barras de apoio e iluminação adequada, retirar obstáculos, que possam aumentar o risco de queda 	<p>Utente antes da intervenção apresenta pouco conhecimento de risco de queda no domicilio, realizado ensinios sobre com prevenir o risco de queda, e trabalhado o seu medo de cair novamente, o que impedia de realizar a deambulação</p>
---------------------	---	---	---	--

Anexo III: Formação as cuidadoras sobre mecânica Corporal, LMER, Posicionamento e Transferência



Mecânica Corporal, LMER, Posicionamento e Transferência



29 de Maio



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SANTA MARIA



CAMIL

CENTRO ACADÉMICO DE MEDICINA DE L. SBA




UCC LUMIAR+
CUIDAMOS EM REDE



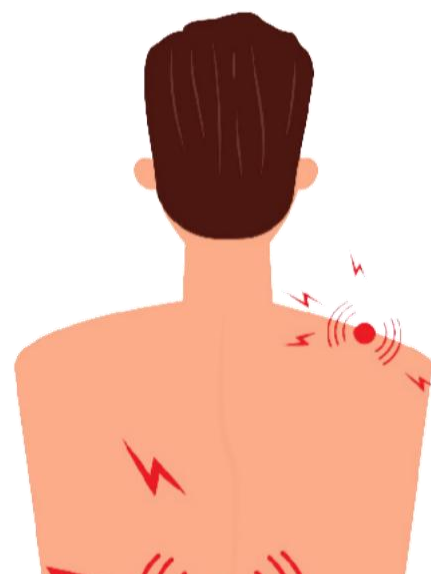
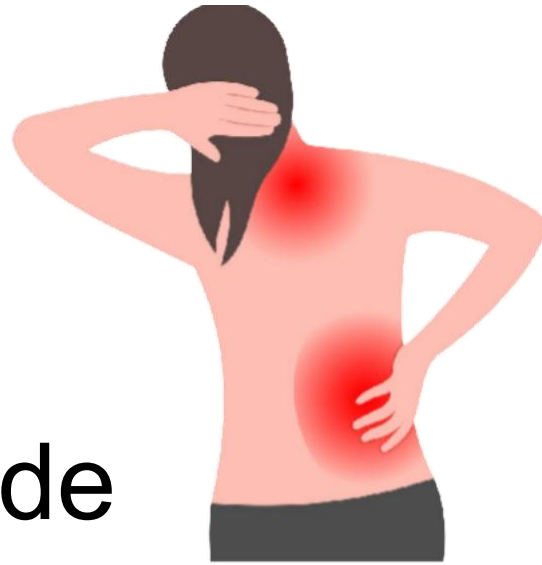
OBJECTIVOS

- Instruir sobre as posturas corporais corretas na técnica de mobilização e transferência;
- Instruir sobre LMER;
- Adquirir conhecimentos sobre as consequências da imobilidade;
- Demonstrar e treinar os posicionamentos corretos e transferências das pessoas com alteração da mobilidade;



Para cuidarmos do outro temos primeiro de cuidar de nós, mobilizar/posicionar uma pessoa com alteração da mobilidade exige um esforço físico elevado ao profissional de saúde.

É fundamental durante a intervenção mantermos



posturas corporais corretas afim de prevenirmos lesões
musculo-esqueléticas!

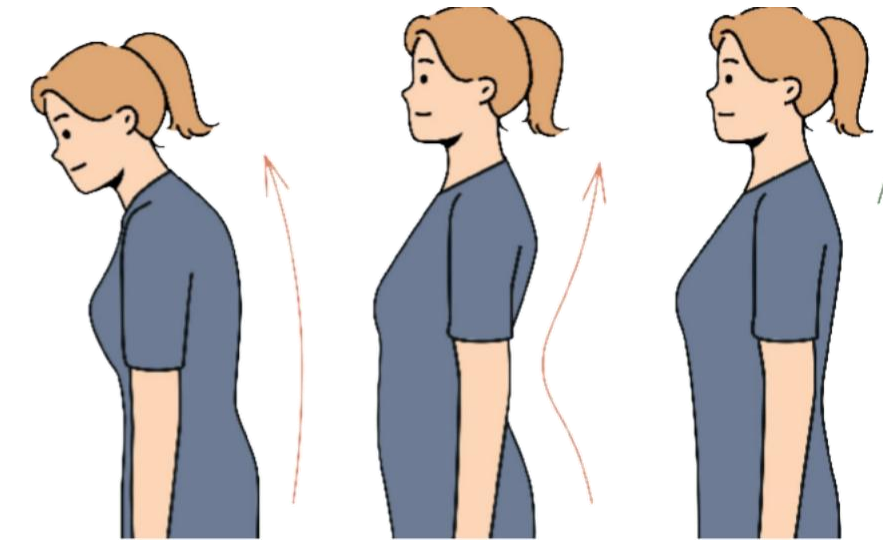


Princípios das intervenções:

- Trabalhar em equipa
- Avaliar a mobilidade, força e capacidade da pessoa dependente, para perceber o que consegue ajudar durante a intervenção e dar tempo à pessoa para executar
- Explicar o procedimento e descrever especificamente o que se espera da pessoa, incentivando a cooperar
- Sempre que possível alterar o nível da cama para uma altura adequada de acordo com a intervenção planeada

- Usar produtos de apoio


Mecânica Corporal



É a coordenação dos esforços dos sistemas músculo-esquelético e nervoso para manter:

- Equilíbrio
- Postura
- Alinhamento corporal

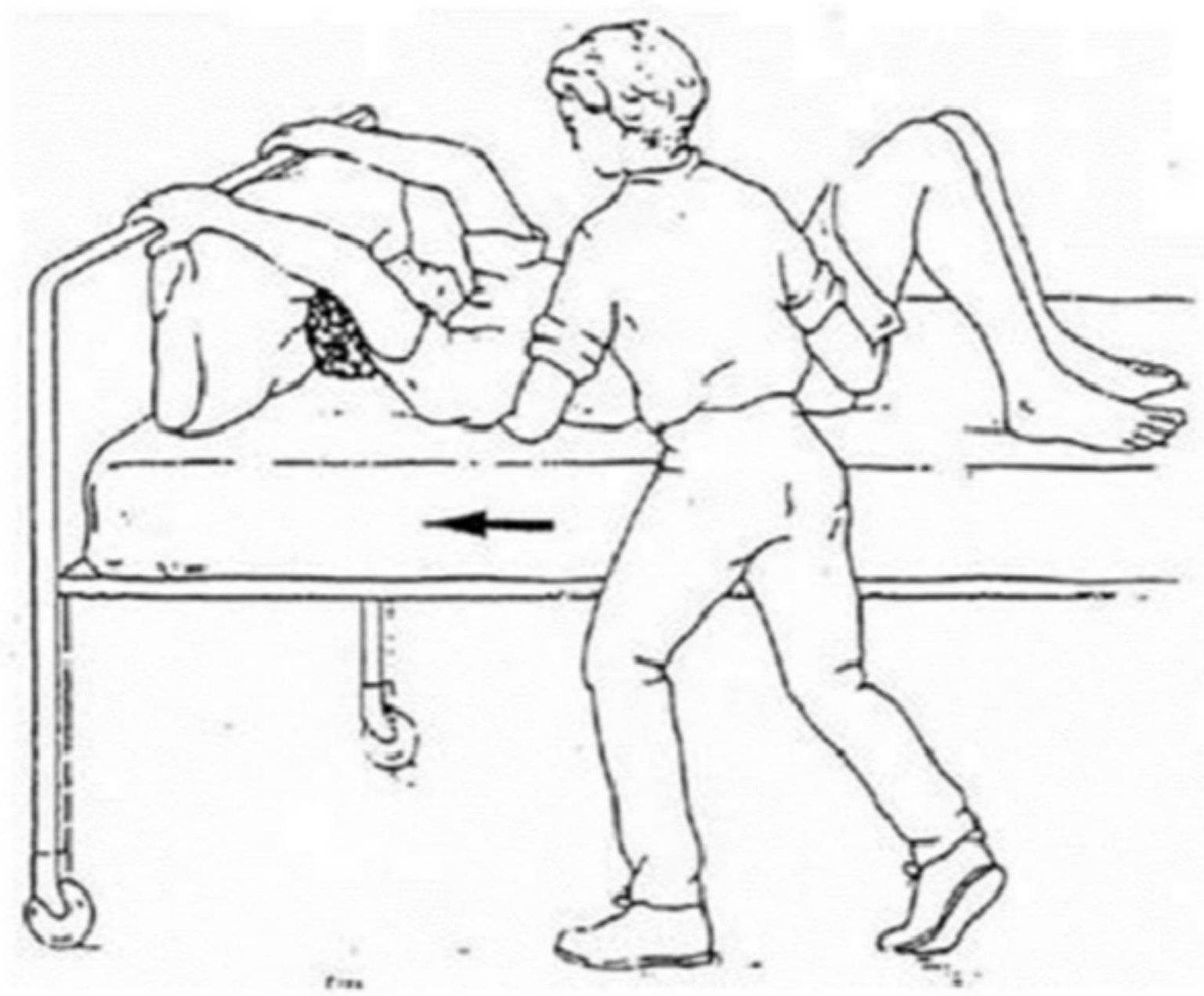
Nas mais diversas atividades, com recurso à utilização mais eficaz da energia muscular

- 
- Manter uma postura correta:
 - Usar fardamento e calçado adequado
 - Colocar-se o mais próximo possível da pessoa
 - Base de sustentação alargada: pernas afastadas, joelhos dobrados e uma perna à frente da outra
 - Realizar a força das pernas ao invés da força dos braços e coluna
 - Manter as costas direitas contraindo os abdominais - Região dorso-lombar alinhada
 - Movimentos sincronizados, harmoniosos e evitar esforços súbitos e movimentos de rotação e flexão da coluna

o Pés voltados na direção do movimento a realizar













Conjunto de doenças inflamatórias e degenerativas do sistema locomotor, devido à presença de fatores de risco profissionais como:

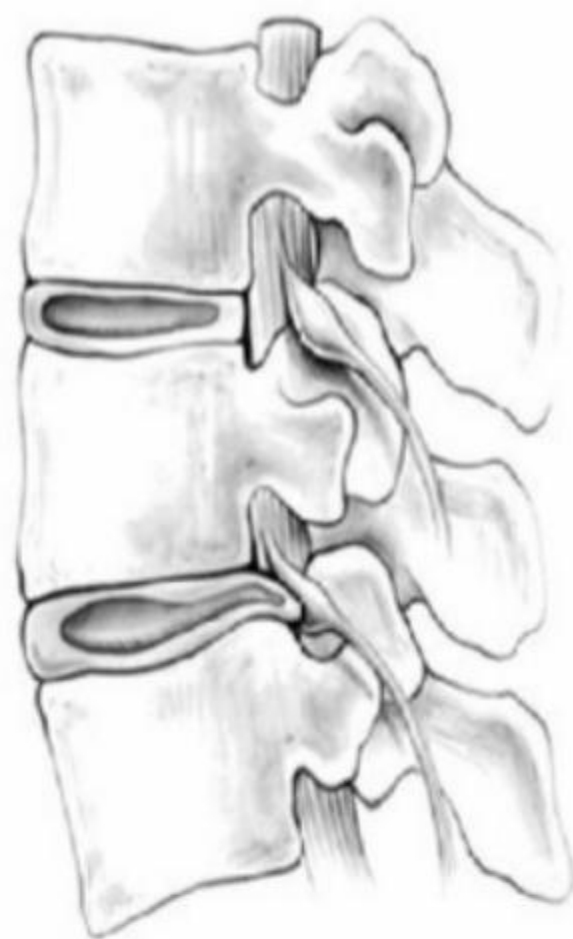
- Repetitividade
- Sobrecarga
- Postura

Os profissionais de saúde têm 1,5 mais probabilidade de adquirir uma lesão músculo-esquelética relacionada com o trabalho

Sintomas:

- Cansaço
- Desconforto
- Inchaço
- Dormência
- Sensação de peso
- Sensação de perda de força

Habitualmente agravam ao final do dia de trabalho e aliviam com o descanso

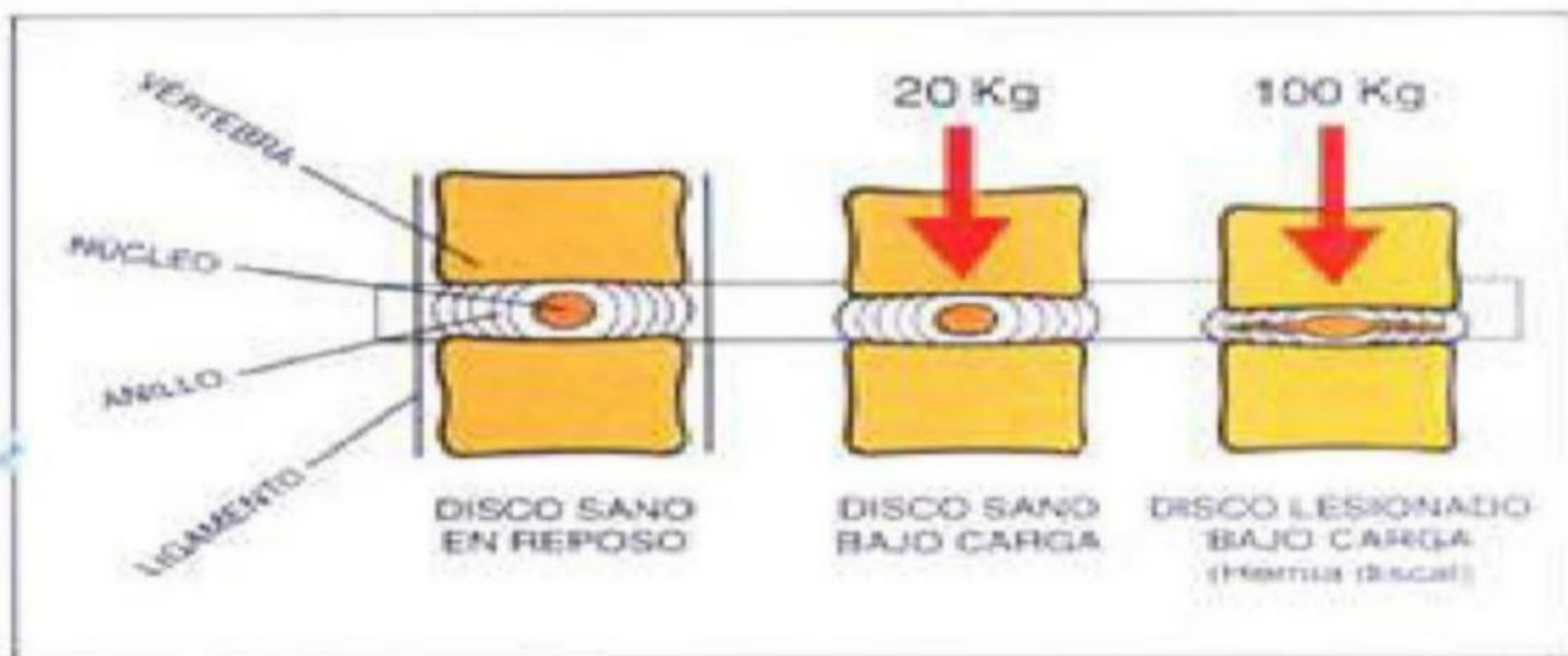


CORRECTO



INCORRECTO

Las CARGAS producen aplastamiento del disco intervertebral







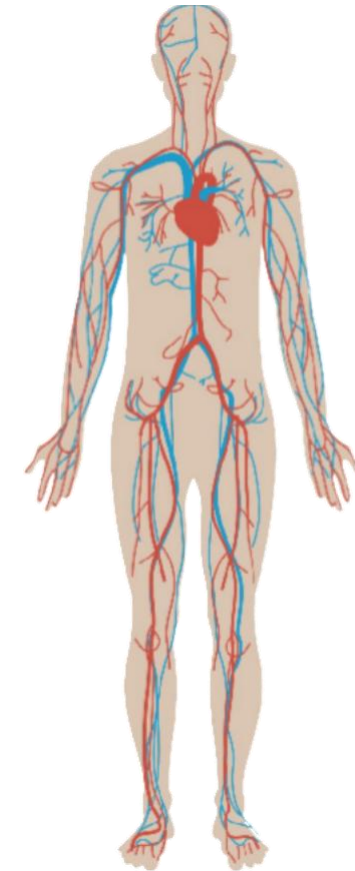
IMOBILIDADE

Situação em que a pessoa se encontra em ausência total ou parcial de movimentos, devido a alterações músculo-esqueléticas e/ou neurológicas



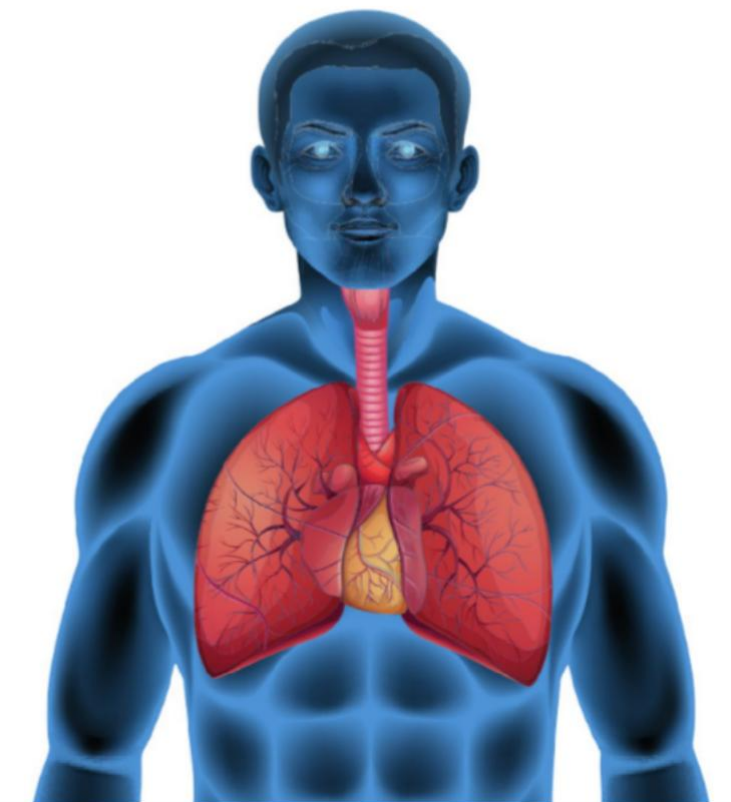
SISTEMA CARDIOVASCULAR:

- Diminuição da capacidade de transporte sanguíneo



SISTEMA PULMONAR

- Diminuição da Ventilação (entrada e saída de ar dos pulmões)
- Enfraquecimento dos músculos da respiração
- Redução da capacidade de tossir
- Mobilização inadequada das secreções brônquicas



o Risco de complicações: Pneumonia; Infecções

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO:

- MÚSCULO: PERDA DE MASSA E FORÇA MUSCULAR
- Osso: perda de densidade óssea (osteoperose)
- Articulação: perda da amplitude articular



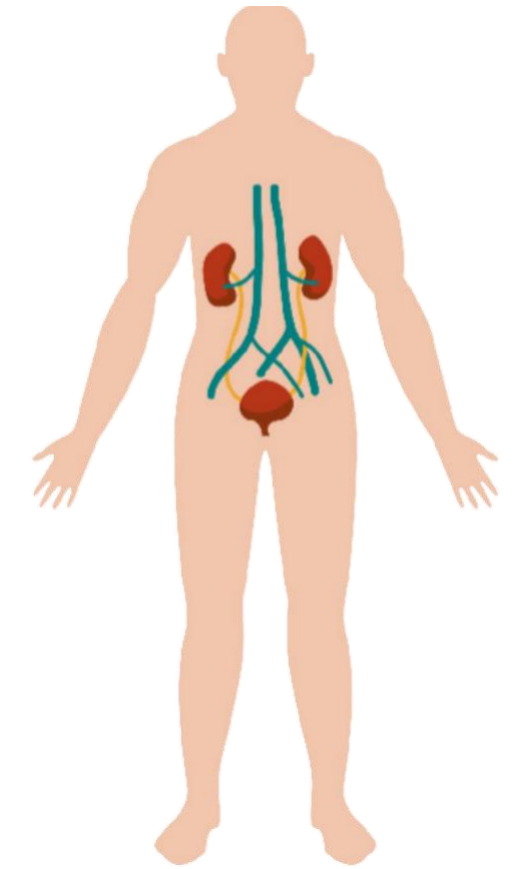
SISTEMA CUTÂNEO

- As forças de fricção e deslizamento
 - Aumenta a probabilidade de alterações cutâneas
- Úlceras de pressão



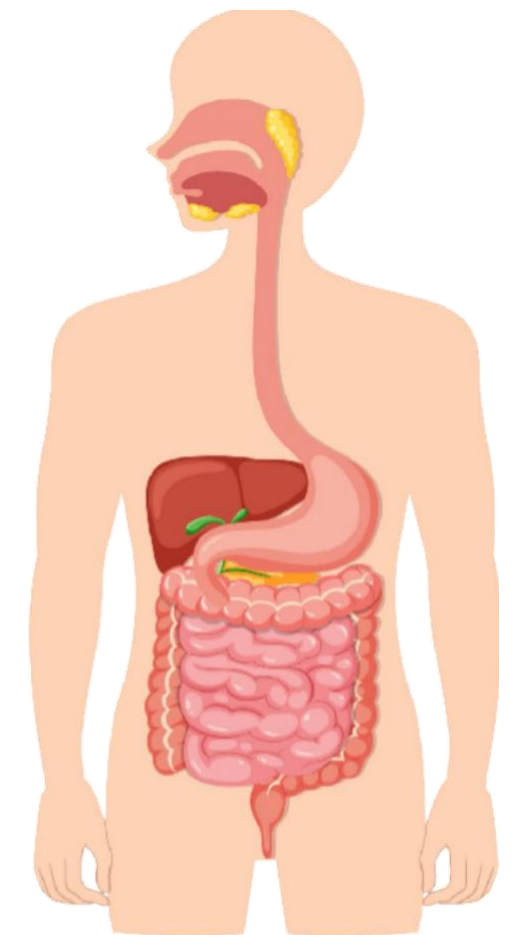
SISTEMA URINÁRIO

- Risco de incontinência
- Risco de retenção urinária
- Risco de infecção



SISTEMA GASTRO-INTESTINAL

- Estase gástrica
- Diminuição de peso pela diminuição da atividade física
- Obstipação



INTEGRIDADE PSÍQUICA

- Perda de controlo sobre si
- Alteração da auto-imagem
- Isolamento social





Como prevenir o efeito da imobilidade

- Explicar à pessoa a necessidade de mobilizar
- Dar tempo à pessoa para realizar o movimento e auxiliar no que não consegue executar - Assistir e Não Substituir
- Posicionamento/alternância de decúbitos
- Levante/transferência diário para cadeirão ou cadeira de rodas
- Hidratação adequada
- Higiene adequada

“o posicionamento/alternância de decúbito é essencial para a pessoa com alterações da mobilidade, com o objetivo de prevenir complicações associadas à imobilidade, proporcionar conforto e promover a autonomia das pessoas”



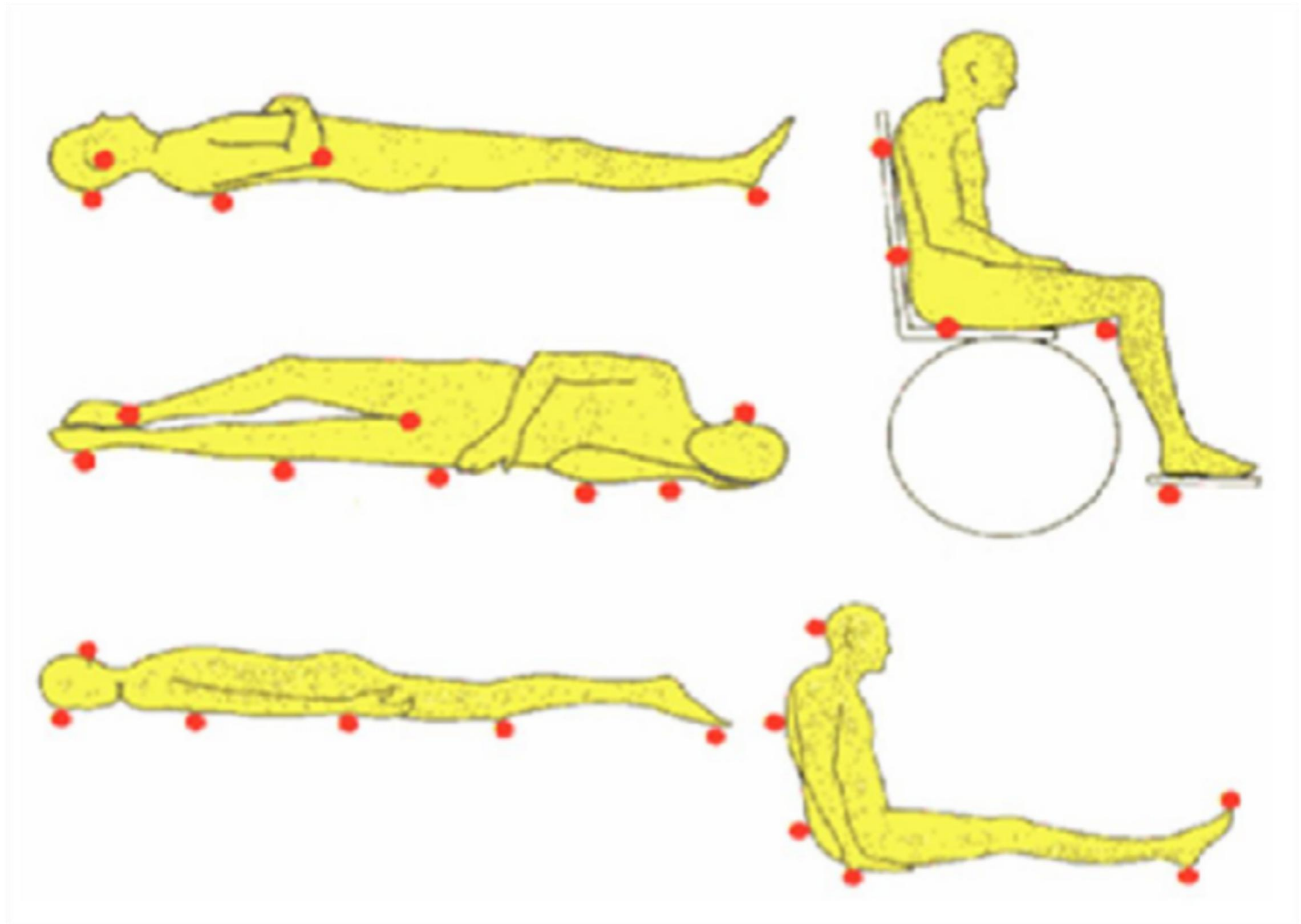
Objetivos do Posicionamento

- Promover o conforto e autonomia
- Prevenir deformidades, contracturas e atrofia musculares
- Facilitar a ventilação
- Manter a integridade da pele
- Contribuir para a mobilidade da pessoa
- Distribuir o peso do corpo de igual forma pela superfície de apoio
- Manter o alinhamento de todas as partes do corpo
- Garantir a circulação venosa o mais funcional possível
- Permitir uma adequada estimulação motora e sensorial da pessoa

- Prevenir complicações

Zonas de Maior Pressão





Posicionamento na cama:

Procedimento Geral:

- Retirar almofadas e outros apoios que possam estar com a pessoa
- Movimentar a pessoa usando o lençol ou resguardo, coordenando o movimento e o esforço
- Proteger as zonas de pressão com os materiais disponíveis (almofadas ou outros apoios), mantendo as proeminências ósseas longe do contacto com a cama
- Manter lençóis esticados, evitando rugas



Mover a pessoa para cima na cama: 1 profissional

1. Explicar o procedimento à pessoa, incentivando a sua colaboração
2. Ajustar a altura do plano da cama
3. Pedir à pessoa para dobrar os joelhos e apoiar os calcanhares na cama
4. Pedir à pessoa para segurar com as mãos a cabeceira da cama
5. Aplicar um braço entre os ombros e outro nas ancas
6. À contagem até 3, pedir à pessoa para fazer força para se deslocar para cima



Mover a pessoa para cima na cama: 2 profissionais

1. Explicar o procedimento à pessoa, incentivando a sua colaboração
2. Ajustar a altura do plano da cama
3. Cada profissional posiciona-se em lados opostos
4. Pedir a colaboração da pessoa, dobrando os joelhos e encostando o queixo ao peito
5. À contagem até 3, pedir à pessoa para fazer força nos calcanhares para se deslocar para cima

6. Os profissionais realizam os movimentos de forma sincronizada

Mover a pessoa para um dos lados da cama:

1 profissional

1. Ajustar a cama em função da sua altura
2. Posicionar-se do lado da cama para onde pretende deslocar a pessoa
3. Considerar os dois segmentos do corpo: tronco e pernas
4. Deslocar o peso da pessoa com recurso ao seu peso, um segmento de cada vez
5. Utilizar a força das pernas durante o

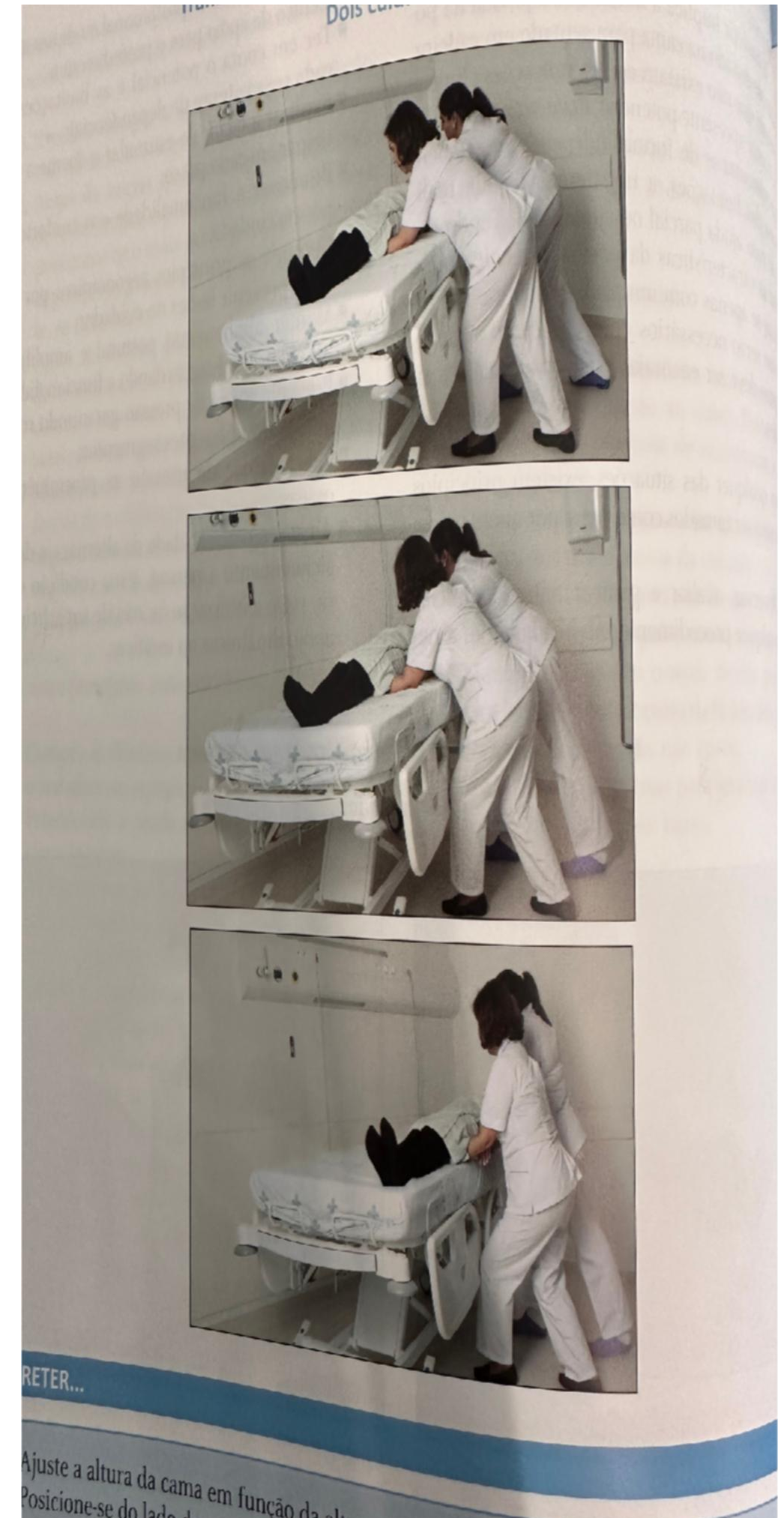


procedimento, com estas fletidas ajuda a
proteger a coluna

Mover a pessoa para um dos lados na cama:

2 profissionais

1. Ajustar a altura da cama em função da altura dos cuidadores
2. Posicionar-se do lado da cama para onde pretende transferir a pessoa
3. Um cuidador é responsável por mobilizar o tronco e o outro as pernas
4. Contrabalançar o peso da pessoa com o seu próprio peso
5. Sincronizar os movimentos, o líder conta até 3
6. Utilizar a força das pernas durante o procedimento,

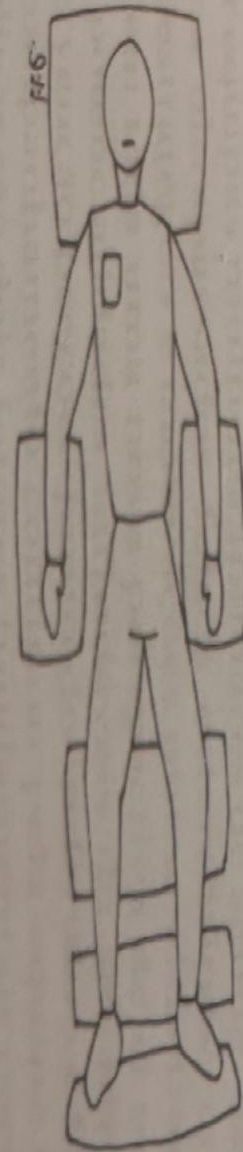


ajuda a proteger a coluna

Decúbito Dorsal

- Cabeça, pescoço e ombros apoiados numa almofada
- Braços ao longo do corpo ligeiramente abertos, mãos voltadas para o colchão e dedos esticados em cima de uma almofada pequena
- Pernas em extensão e ligeiramente afastadas, com pequenas almofadas por baixo dos joelhos e tornozelos, pé em ângulo reto colocando uma almofada entre os pés da pessoa e os pés da cama
- Corpo alinhado simetricamente

Figura n.º 1: Decúbito dorsal



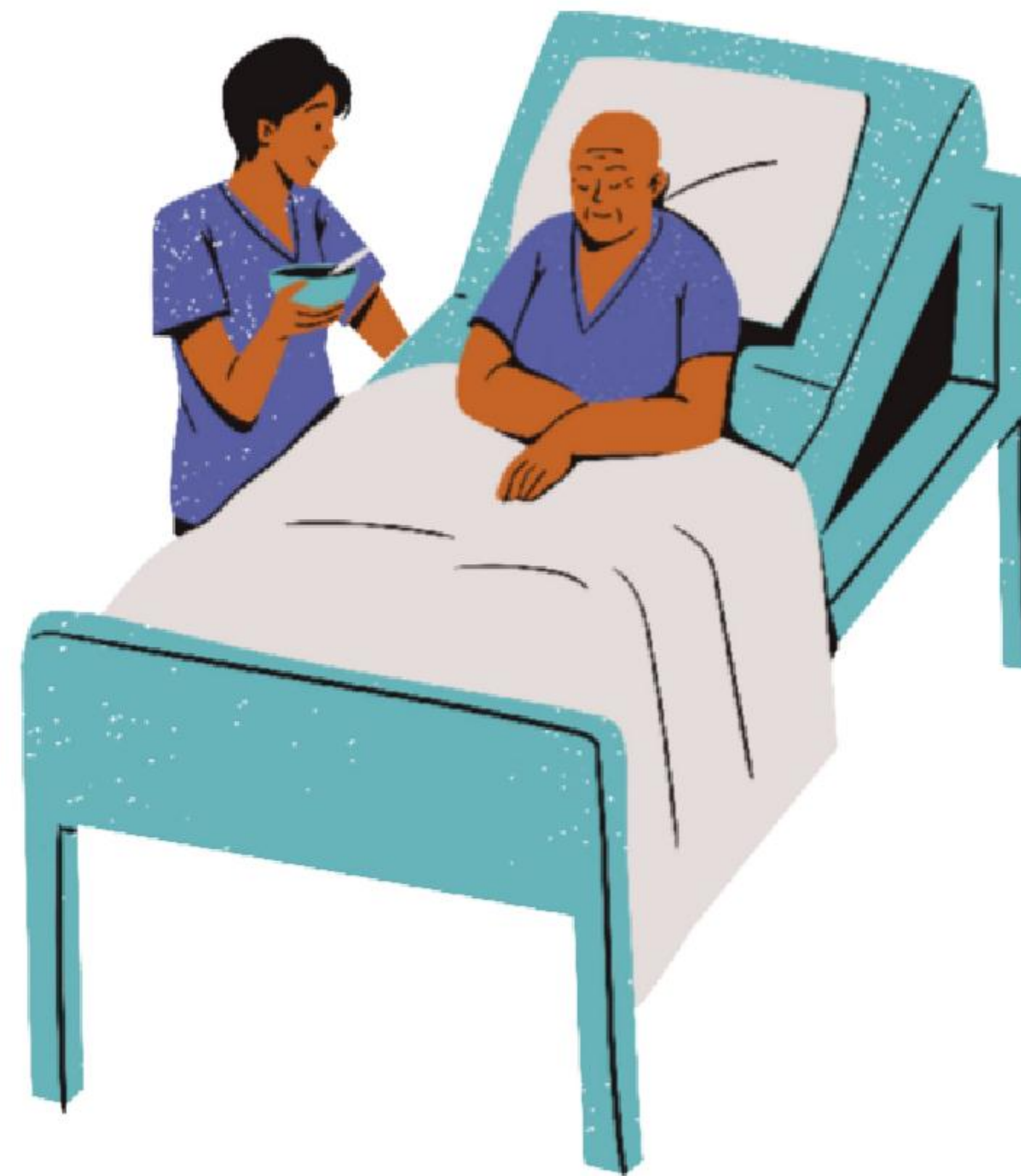
capêça em relação aos exemplos apresentados.
de no posicionamento dos membros superiores e da
com LVM. Nos casos de parâlgia há maior liberdade
progressiva, monitorizando-se a tolerância da pessoa
to dorsal. A evolução nos posicionamentos deve ser
risco de limitações articulares associadas ao decúbi-
promovido em casos de espasticidade por reduzir o
para a cama situação, devendo o decúbito ventral ser
n.º 2. A estimulação motora e sensorial deve ser abe-
tura distal (Figura n.º 4) e esguerto e ventral (Figura
semidistal direito (Figura n.º 3) e esguerto: semiver-

de. circun-
aplicação:
permitem
omover a
nsitivas e
lesão vér-
espiradas à
Posiciona-
o-Medular
Enferma-

de. e da
r da espas-
VM na bo-
Erane, por
ocedimento
to material
T e exemp-
pessoa com
abida para as
indispensá-

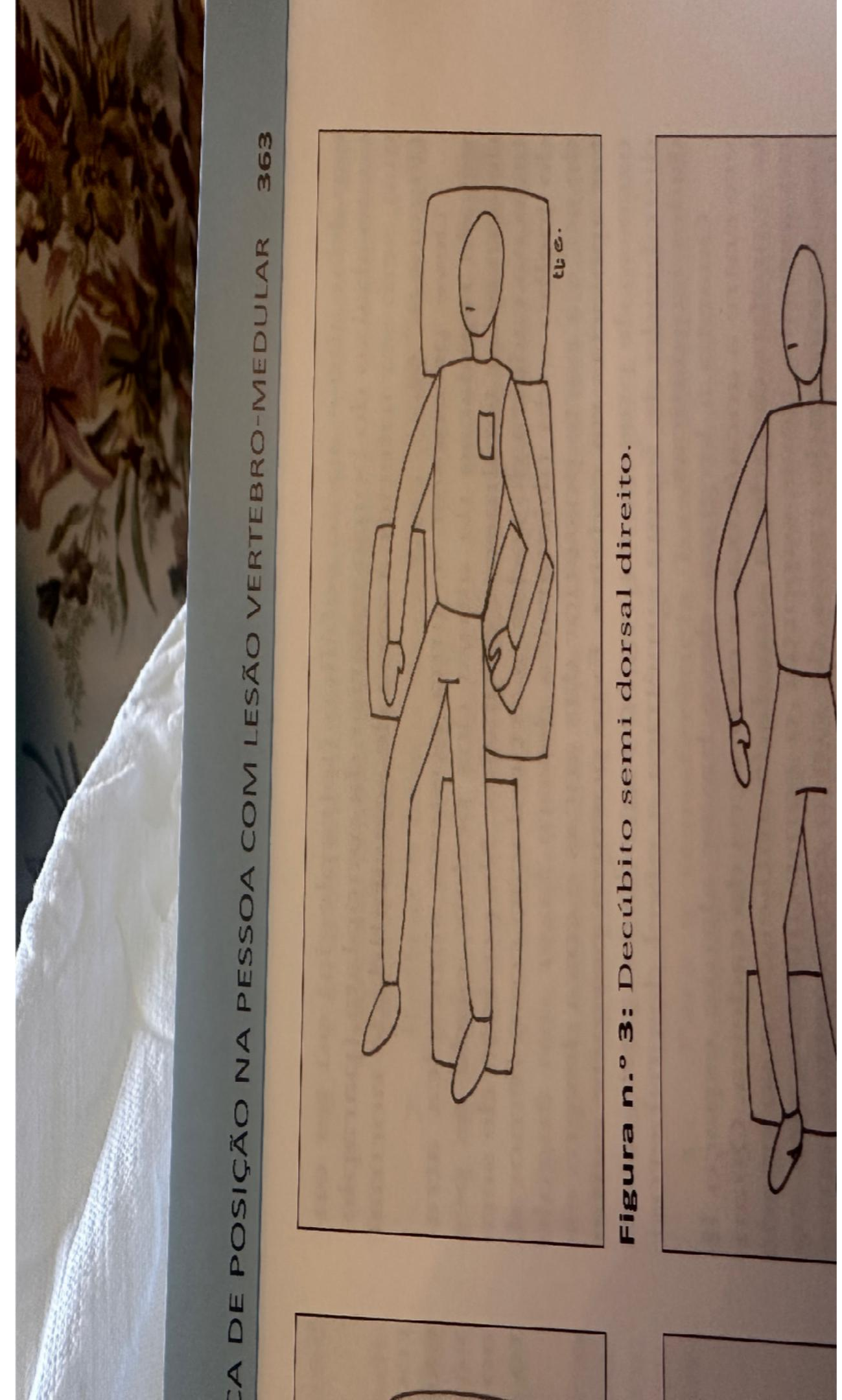
Semi-sentado

- Posicionamento igual ao decúbito dorsal e, a partir desta posição a cabeceira é elevada entre os 30° e 60°



Decúbito Semidorsal

- Cabeça, pescoço e ombros apoiadas numa almofada
- Tronco apoiado numa almofada (região nadegueira livre)
- Braço do lado do decúbito afastado, cotovelo dobrado, antebraço voltado para cima e mão com dedos esticados e abertos sobre uma almofada
- Braço do lado oposto apoiado numa almofada
- Perna do lado do decúbito, anca e joelho em ligeira flexão e tornozelo em posição neutra



- Perna do lado oposto sobre um almofada anca e joelho em extensão ou ligeira flexão

Decúbito Lateral:

- Cabeça, pescoço sobre uma almofada
- Braço do lado do decúbito com ombro e cotovelo dobrados, antebraço e mão apoiados na almofada com dedos esticados
- Braço do lado contrário com o ombro dobrado, apoiado numa almofada, o antebraço voltado para o colchão, punho e dedos em esticados e ligeiramente abertos
- Perna do lado do decúbito apoiada na cama e esticada sem almofada
- Perna do lado oposto sobre uma almofada com anca e joelho a fazerem um ângulo de 90° e



tornozelo em posição neutra

Sentado:

- Região lombar suportada pelo cadeirão
- Braços apoiados nos antebraços do cadeirão ou numa superfície de trabalho
- Nádegas encostados à parte posterior do cadeirão
- Joelhos dobrados num ângulo de 90°
- Pés apoiados no chão ou num alteador



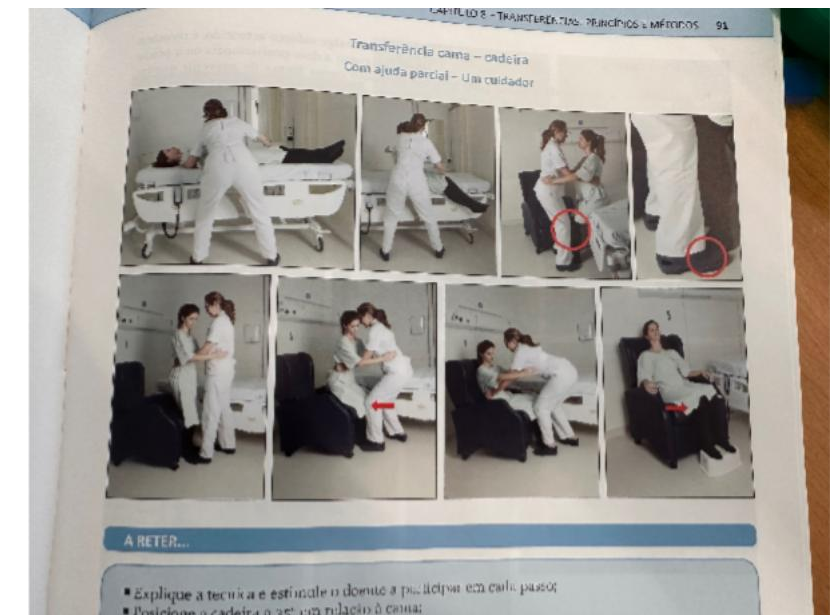




TRANSFERÊNCIA

Conjunto de técnicas que facilitam a deslocação da pessoa de uma superfície para outra, habitualmente da cama para a cadeira/cadeirão.

1. Explicar o procedimento à pessoa, incentivando a sua colaboração
2. Providenciar o material adequado (cadeirão, cadeira de rodas)
3. Preparar o cadeirão ou cadeira de rodas: travar as rodas, baixar ou remover os apoios de braços, remover ou recolher os apoios de pés, posicionar num ângulo de 35°
4. Partido da posição dorsal, ajudar a pessoa a lateralizar (pedir à pessoa para dobrar os joelhos, se necessário colocar uma mão por baixo dos joelhos e outra nos ombros)
5. Assistir na elevação do tronco com uma mão, ao mesmo



tempo assiste-se a deslocação das pernas para fora da cama,
ficando a pessoa sentada à beira da cama

6. Baixar a cama, até os pés da pessoa tocarem no chão, calçados com sapatos antiderrapantes e bem adaptados

7. Pedir à pessoa para inclinar o tronco para a frente para assumir a posição de pé

8. Com as pernas da pessoa trancada entres as suas pernas desloque-a até ao cadeirão

9. Ajustar a pessoa no cadeirão, usar o



compensador de altura para os pés.

1. Explicar o procedimento à pessoa, incentivando a sua colaboração
2. Providenciar o material adequado (cadeirão, cadeira de rodas, elevador eletromecânico)
3. Preparar o cadeirão ou cadeira de rodas: travar as rodas, baixar ou remover os apoios de braços, remover ou recolher os apoios de pés
4. Auxiliar na lateralização da pessoa e colocar a lona debaixo da mesma, de forma a que fique entre o pescoço até à região sagrada e debaixo



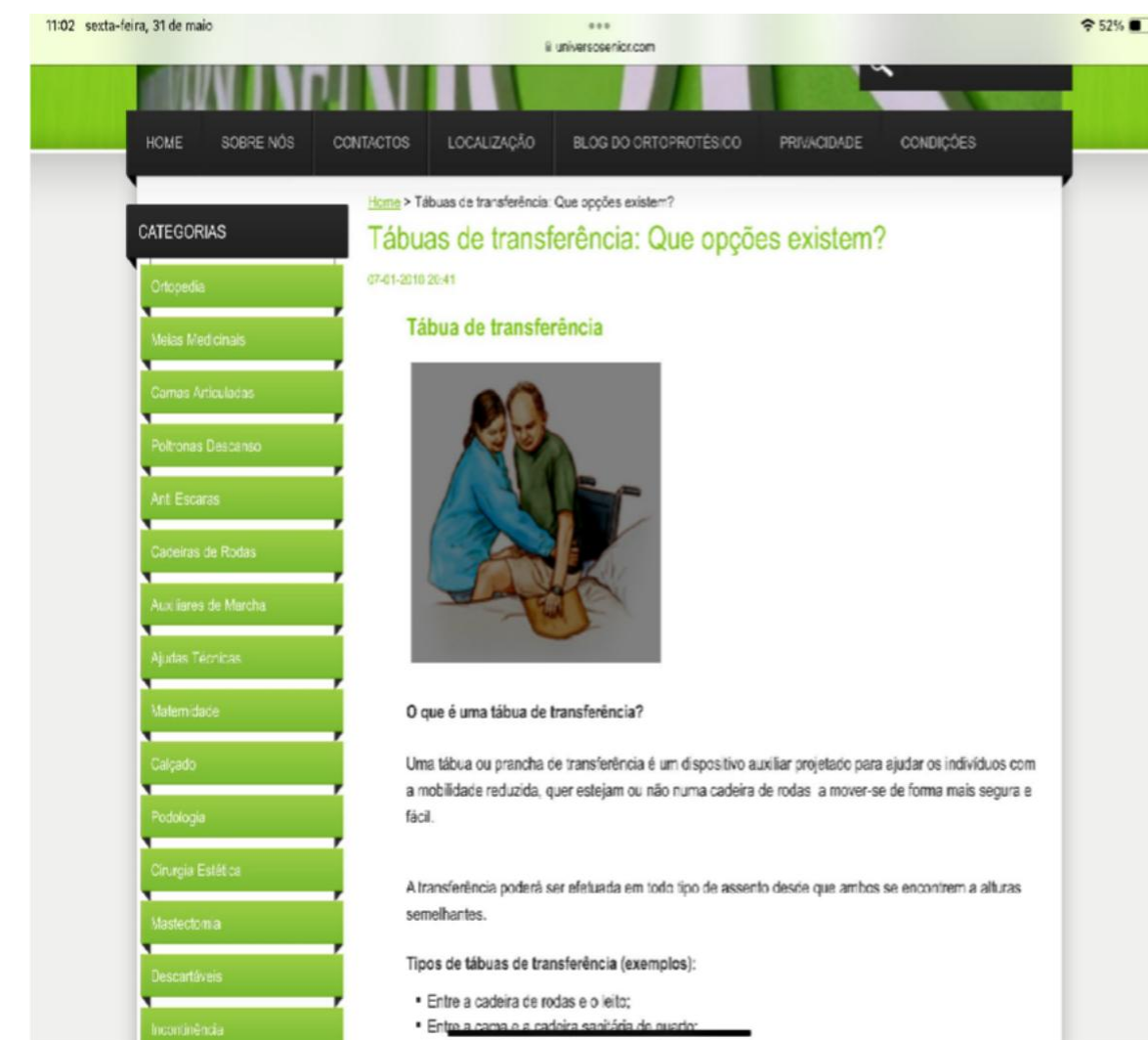
das pernas

Transferência - Elevador:

1. Colocar o elevador num ângulo de 90° com a cama, fazer descer o triângulo até um palmo acima do abdômen e colocar as presilhas nos respectivos ganchos
2. Elevar o triângulo, verificando se a pessoa está bem apoiada, destravar o elevador e direcioná-lo para a cadeira
3. Descer o triângulo ao mesmo tempo que apoia a pessoa
4. Remover a lona e ajustar a pessoa na cadeira

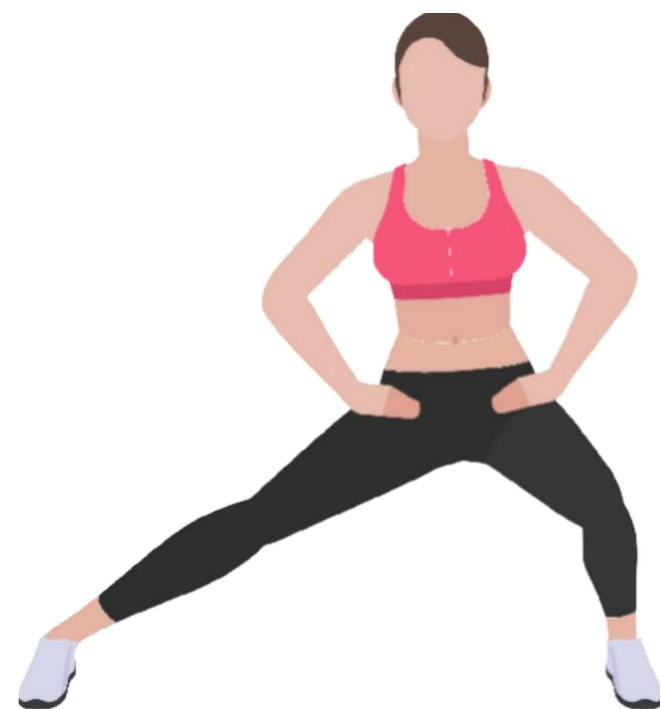


1. Explicar o procedimento à pessoa, incentivando a sua colaboração
2. Providenciar o material adequado (cadeirão, cadeira de rodas, tábua de transferência)
3. Preparar o cadeirão ou cadeira de rodas: travar as rodas, baixar ou remover os apoios de braços, remover ou recolher os apoios de pés, colocar cadeira num ângulo de 35° em relação à cama
4. Colocar a tábua de transferência num movimento de zigue-zague na região nadegueira, fazendo um ângulo de 45° entre a cama e a cadeira
5. Fazer passar a região nadegueira pela tábua até ao assento da cadeira

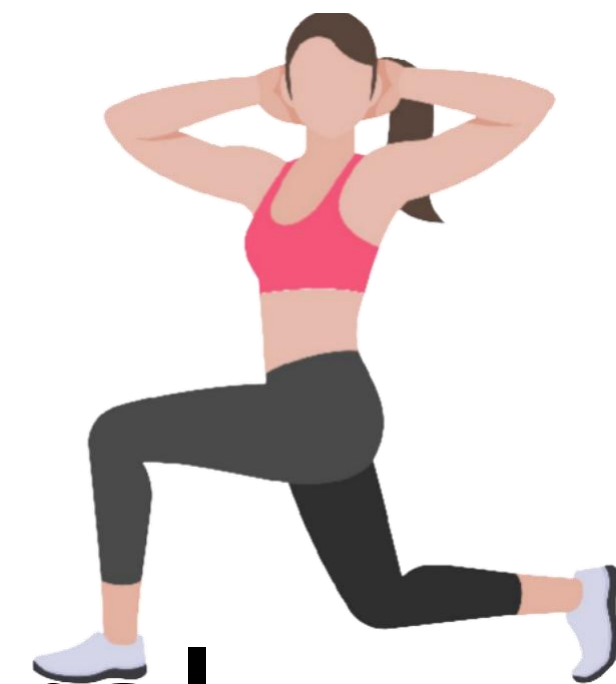


6. Ajustar a pessoa na cadeira





Ginástica



Laboral

Vamos experimentar?



Relaxamento final sincronizado com a dissociação dos tempos respiratórios:

1. Inspirar e elevar os membros superiores
2. Expirar e inclinado o tronco para a frente, abraçando-o





Exercícios de alongamento:- 5 a 10 repetições, com duração de 5 segundos cada

1. Rotação da cabeça em ambos os sentidos
2. Inclinação da cabeça para a direita e esquerda
3. Flexão e extensão da cabeça
4. Circundação dos ombros em ambos os sentidos
5. Adução do ombro direito, alternado com o ombro esquerdo
6. Membros superiores em extensão e rotação, com os dedos entrelaçados, seguido de flexão dos ombros



Exercícios de alongamento:- 5 a 10 repetições, com duração de 5 segundos cada

7. Hiperextensão dos ombros com os dedos entrelaçados atrás das costas

8. Circundação dos punhos


10. Circundação da anca em ambos os sentidos

11. Flexão da anca com circundação dos joelhos em ambos os sentidos

12. Circundação dos pés, um de cada vez

13. Hiperextensão da anca, com flexão do joelho e extensão do braço, alternar

14. Flexão do joelho à frente com hiperextensão da anca oposta, alternar



Exercício dinâmico sequencial - 8 repetições de cada exercício

1. Cotovelo direito ao joelho esquerdo e alternar
2. Membros superiores em extensão e lateralizar para cada lado

Olbigada

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ordem dos Enfermeiros, Proposta dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação - enquadramento conceptual e enunciados descritivos. Lisboa: Ordem dos enfermeiros; 2011. 16p.;
- Lourenço, M.J., Ferreira, O., Baixinho, C. L., Terapêutica de Posição

- contributo para um cuidado de saúde seguro. 1^a ed. Loures: Lusodidata - Soc. Port. De Material Didático, Lda; 2016. 427p.;
- Ribeiro, O., Enfermagem de Reabilitação – Conceções e Práticas. 1.^a ed. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda; 2021. 719p.;
 - Marques-Vieira, C., Sousa, L., Cuidados de Enfermagem de

Reabilitação à Pessoa
ao Longo da Vida. 1ª ed.
Loures: Lusodidata -
Soc. Port. De Material
Didático, Lda; 2020.
618p.

- Ordem dos Enfermeiros,
Cuidados à Pessoa com
Alterações da
Mobilidade -
posicionamentos,
transferências e treino
de deambulação.
Lisboa: Ordem dos
enfermeiros; 2013. 76p.;