



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Projeto de Intervenção em Enfermagem de Reabilitação: Projeto *Learn2Care*

Isabel Maria dos Santos Neves, nº 24758

Setembro de 2025



Projeto de Intervenção em Enfermagem de Reabilitação: Projeto *Learn2Care*

Isabel Maria dos Santos Neves, nº24758

7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular - Trabalho de Projeto

Trabalho efetuado sob orientação da Professora

Paula Cristina Dias Rocha Cavaleiro Saraiva

Setembro de 2025

*“A capacitação e o
crescimento vêm de nossas
batalhas.”*

Elielton Lima

Agradecimento

O presente trabalho é o culminar de uma caminhada repleta de desafios, oportunidades e ensinamentos, que só foi possível com o apoio de inúmeras pessoas, as quais não posso deixar de prestar o meu sincero e profundo agradecimento. Assim, cumpre-me agradecer a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a sua concretização e que me ajudaram a atingir mais um dos meus objetivos pessoais e profissionais.

Um sincero agradecimento à minha orientadora, Professora Doutoranda Paula Cristina Dias Rocha Cavaleiro Saraiva, por ter mostrado desde o início disponibilidade para me orientar, sendo um exemplo para mim como ser humano e como profissional, iluminando o meu caminho e permitindo que a concretização deste meu objetivo académico e pessoal fosse alcançado.

Agradeço ao meu colega de trabalho, o EEER Ricardo Correia, por todo o apoio, disponibilidade e colaboração na implementação do projeto *Learn2Care*.

Ao enfermeiro gestor do serviço onde exerço funções Sérgio Anúnciação por todo apoio e colaboração prestada para que a implementação deste projeto fosse possível.

Às pessoas doentes e familiares cuidadores que contribuíram para que a implementação e realização deste projeto fosse uma realidade.

À Instituição onde trabalho que me proporcionou as condições para cumprir a missão a que me propus.

A todos os ilustres Enfermeiros peritos na área da Enfermagem de Reabilitação que deram contributos valiosíssimos para ajudar na construção do meu projeto: Equipa dinamizadora do NER da ULS da Guarda, EEER Elisabeth Sousa da APER, EEER Belmiro da APER.

Ao meu marido e às minhas filhas, pelo amor, carinho e apoio incondicional ao longo desta jornada.

Ao Dr. Luís Matos, e a todos os que não referi, mas que também contribuíram para a realização deste meu grande objetivo.

O meu muito obrigada!

Resumo

Introdução: A perda de massa, força e qualidade muscular, associadas ao envelhecimento, frequentemente resulta em diminuição da mobilidade e declínio funcional, condicionando dependência nas atividades de vida diária, podendo acarretar complicações físicas e psicossociais, com afetação da qualidade de vida de forma irreversível. Esta condição, associada à inatividade, frequentemente verificada durante o internamento hospitalar, conduz a um aumento de dias de internamento, aumento do risco de quedas, acarretando maior morbidade e mortalidade.

Objetivo: Desenvolver um Projeto de Intervenção em Enfermagem de Reabilitação dirigido à pessoa internada (Projeto *Learn2Care*) e avaliar os ganhos obtidos com a sua implementação.

Métodos: Foi desenvolvido um Trabalho de Projeto que utilizou o trabalho de campo, a observação e a entrevista como instrumentos de recolha dados. Posteriormente foi feito um estudo descritivo, retrospectivo de natureza quantitativa. Incluídas pessoas internadas num serviço de Medicina Interna numa unidade hospitalar da região centro de Portugal, com critérios de inclusão no programa. Foram aplicados os instrumentos de avaliação: Índice de Barthel, Escala de Braden, Escala de Morse, Medical Research Council Scale (MRCS), Escala de Avaliação do Equilíbrio (integrado no Sclínico), Sit To Stand (STS) em 30 s e Timed Up and Go Test (TUGT) em 3 momentos: Internamento (M0- avaliação inicial) e (M1- avaliação no momento da alta) e Consulta de Follow up (FUp) (M2 – Follow up).

Resultados: O Trabalho de Projeto permitiu o desenvolvimento de um Projeto de Intervenção em Enfermagem de Reabilitação (Projeto *Learn2Care*), cuja implementação abrangeu 19 pessoas internadas. Após a intervenção do Enfermeiro de Reabilitação verificou-se uma variação positiva significativa na média de valores da força muscular ($t=0,726$; $p<0,001$) e uma variação positiva de 21% nos valores do equilíbrio, ainda que sem significância estatística ($H=4,430$; $p=0,109$). Observaram-se ganhos significativos na capacidade de sentar e levantar ($t=0,863$; $p<0,001$), no teste de marcha ($t=0,870$; $p<0,001$), na Independência funcional ($t=0,657$; $p=0,002$), no risco de queda ($t=0,731$; $p<0,001$) e risco de desenvolvimento de úlcera de pressão ($t=0,547$; $p=0,015$), confirmando a eficácia da intervenção.

Conclusões: As pessoas internadas inseridas no Programa *Learn2Care* apresentaram uma melhoria da força muscular, equilíbrio, marcha e independência funcional, traduzido pela evolução favorável dos instrumentos de avaliação aplicados, contribuindo positivamente para ganhos em saúde.

Palavras Chave: Enfermagem de Reabilitação, familiar cuidador, capacitação, continuidade de cuidados.

Abstract

Introduction: The loss of muscle mass, strength, and quality associated with aging often results in decreased mobility and functional decline, leading to dependence on activities of daily living and potentially leading to physical and psychosocial complications, with irreversible impacts on quality of life. This condition, coupled with inactivity, often observed during hospitalization, leads to increased length of stay, increased risk of falls, and increased morbidity and mortality.

Objective: To develop a Rehabilitation Nursing Intervention Project addressed to the hospitalized person (*Learn2Care Project*) and evaluate the benefits obtained from its implementation.

Methods: A project was developed using fieldwork, observation, and interviews as data collection tools. Subsequently, a descriptive, retrospective, quantitative study was conducted. Patients admitted to an Internal Medicine department of a hospital in central Portugal met the program's inclusion criteria. The following assessment instruments were applied: Barthel Index, Braden Scale, Morse Scale, Medical Research Council Scale (MRCs), Balance Assessment Scale (integrated with the Clinical Scale), 30-s Sit-to-Stand (STS), and Timed Up and Go Test (TUGT) at three time points: Admission (M0 - initial assessment) and (M1 - discharge assessment), and Follow-up Consultation (FUp) (M2 - Follow-up).

Results: The project work allowed the development of a Rehabilitation Nursing Intervention Project (*Learn2Care Project*), whose implementation covered 19 inpatients. After the Rehabilitation Nurse's intervention, there was a significant positive change in the mean muscle strength values ($t=0.726$; $p<0.001$) and a 21% positive change in balance values, although not statistically significant ($H=4.430$; $p=0.109$). Significant gains were observed in the ability to sit and stand ($t=0.863$; $p<0.001$), the gait test ($t=0.870$; $p<0.001$), functional independence ($t=0.657$; $p=0.002$), fall risk ($t=0.731$; $p<0.001$), and pressure ulcer risk ($t=0.547$; $p=0.015$), confirming the effectiveness of the intervention.

Conclusions: Hospitalized individuals enrolled in the *Learn2Care Program* showed improvements in muscle strength, balance, gait, and functional independence, reflected in the favorable progress of the assessment instruments applied, contributing positively to health gains.

Keywords: Rehabilitation Nursing, family caregiver, training, continuity of care.

Sumário

	Pág.
Lista de tabelas	
Lista de Figuras	
Lista de Abreviaturas, siglas e acrónimos	
Parte I	
Introdução	19
1 - Enquadramento teórico	27
1.1 - Imobilidade e complicações associadas	28
1.2 - Capacidade Funcional	30
1.3 - Intervenção do EEER no processo de transição	32
1.4 - Papel do Familiar Cuidador na Continuidade de Cuidados	36
Parte II	
2 – Desenvolvimento do Trabalho de Projeto	41
2.1– Diagnóstico de Situação	41
2.1.1 - Definição da Problemática	42
2.1.2 - Trabalho de Campo	42
2.1.3 - Análise SWOT	48
2.2- Definição dos Objetivos	50
2.3 - Planeamento do Projeto <i>Learn2Care</i>	50
2.3.1 - Binómio risco/ benefício	50
2.3.2 – Resumo do estudo	51
2.3.3 - População-Alvo	52
2.3.4 - Duração do estudo	52
2.3.5 - Desenho do Projeto	52
2.3.6 -Recursos Necessários	57
2.3.7 - Instrumentos de avaliação	58
2.3.8 - Indicadores de Avaliação	67
2.4 - Implementação do Projeto <i>Learn2Care</i>	68
2.4.1-Considerações e Procedimentos Éticos	70

2.4.2 – Recolha de Dados	71
2.4.3 – Apresentação dos resultados	72
2.4.4 – Discussão dos Resultados	79
2.4.5 – Divulgação dos resultados em Eventos científicos	84
Conclusão	85
Referências Bibliográficas	87
Apêndices	
Apêndice I - Matriz do Trabalho de Campo - Projeto de Enfermagem de Reabilitação	101
Apêndice II - Cronograma das atividades de investigação	103
Apêndice III - Check list de FUp telefónico	105
Apêndice IV - Panfletos sobre exercícios e prevenção de quedas	109
Anexos	
Anexo I - Instrumentos para recolha de dados	117
Anexo II - Parecer da Comissão de Ética	125
Anexo III - Autorização do Conselho de Administração	127
Anexo IV - Consentimento Informado	129
Anexo V - Certificado de apresentação do Poster “Capacitação do familiar cuidador da pessoa com diminuição da mobilidade e capacidade funcional”	135
Anexo VI - Certificado da apresentação do Poster “A Capacitação do familiar cuidador: aspeto essencial para a continuidade de cuidados”	137
Anexo VII - Certificado de apresentação do Poster “Capacitação do doente com alteração da mobilidade e funcionalidade agravada durante o internamento – Projeto de melhoria contínua”	139

Lista de tabelas

Tabela 1 - Análise SWOT	49
Tabela 2 - Índice de Barthel	59
Tabela 3 - Pontuação e níveis de dependência do Índice de Barthel	61
Tabela 4 - Escala de Braden	61
Tabela 5 - Escala de Morse	63
Tabela 6 - MRCS	64
Tabela 7 - Tabela de Referência das pontuações do STS em 30 s	65
Tabela 8 - Escala de Avaliação do Equilíbrio Corporal (Sclínico)	66
Tabela 9 - TUGT	67
Tabela 10 - Recolha de Dados	71
Tabela 11 - Resultados obtidos na MRCS e Índice de Barthel na 1ª e 2ª Avaliação	73
Tabela 12 - Resultados obtidos na Escala de avaliação do Equilíbrio na 1ª e 2ª Avaliação	74
Tabela 13 - Resultados obtidos na Escala de Morse e Escala de Braden na 1ª e 2ª Avaliação	75
Tabela 14 - Resultados dos testes de avaliação do desempenho funcional	75
Tabela 15 - Tabela de correlação entre a MRCS e o Índice de Barthel	76
Tabela 16 - Resultados obtidos na Índice Braden na 1ª, 2ª e 3ª Avaliação	77
Tabela 17 - Tabela de correlação entre a Escala de Morse na 1ª e 3ª Avaliação	77
Tabela 18 - Tabela de correlação entre o Índice de Barthel (FUp) e a distância percorrida	78
Tabela 19 - Distribuição absoluta e percentual de satisfação com os cuidados de Enfermagem de Reabilitação	78

Lista de figuras

Figura 1 - Algoritmo de intervenção do Projeto *Learn2Care*

57

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

APER	Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação
AVD	Atividades da Vida Diária
CES	Comissão de Ética para a Saúde
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
ERPI	Estrutura Residencial para Pessoas Idosas
FUp	Follow Up
GERMI	Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna
HDL	Lipoproteínas de Alta Densidade
INE	Instituto Nacional de Estatística
M0	1º Momento de avaliação (avaliação inicial)
M1	2º Momento de avaliação (avaliação no momento da alta)
M2	3º Momento de avaliação (Follow Up)
MCEER	Mesa da Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação
MMSE	Mini Mental State Examination
MNA	Mini Avaliação Nutricional
MRCS	Medical Research Council Scale
NER	Núcleo de Enfermeiros de Reabilitação
QSEnf-10	Questionário de Satisfação com os cuidados de Enfermagem de Reabilitação
RFM	Reabilitação Funcional Motora
SARC-F	Ferramenta de Rastreio do Risco de Sarcopenia
STS	Sit to Stand test
TUGT	Timed Up and Go Test
UCC	Unidades de Cuidados na Comunidade
UP	Úlcera de Pressão

Introdução

O presente documento insere-se no âmbito da Unidade Curricular Trabalho de Projeto, (Opção 4), inserido no plano de estudos do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, lecionado na Escola Superior de Saúde de Viseu.

Atualmente, a sociedade enfrenta um fenómeno de envelhecimento da população, influenciada por fatores como o aumento da esperança média de vida e consequente aumento da longevidade (Limão & Martins, 2021), o que se traduz por um aumento do número de pessoas com problemas de saúde e dependência (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Em Portugal, as previsões apontam para um aumento do envelhecimento no futuro acima da média da União Europeia, podendo atingir os 32,2% em 2100, o que exigirá um maior esforço de adaptação e resposta a uma sociedade em envelhecimento (Interreg Europe, 2021).

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2024), o índice de envelhecimento que compara a população com 65 e mais anos (população idosa) com a população dos 0 aos 14 anos (população jovem), alcançou em 2023, o valor de 188,1 idosos por cada 100 jovens, comparativamente com 184,4 em 2022, denotando que o envelhecimento demográfico em Portugal continua a evidenciar-se. Considerando que todas as previsões indicam a continuidade dessa tendência nos próximos 50 anos, sendo consequentemente expectável um crescimento significativo de hospitalizações de idosos (pessoas com 65 anos ou mais) (Tavares et al., 2020), torna-se urgente aprimorar e reorientar a oferta de cuidados de saúde dirigidos a esse grupo (Limão & Martins, 2021).

As estimativas para as próximas décadas apontam para um aumento das necessidades de cuidados de saúde à pessoa idosa, prevendo-se o aumento da prevalência de doenças de evolução prolongada com graus de dependência elevados (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Em contrapartida, com o avanço da tecnologia e do conhecimento na área da saúde, mais pessoas sobrevivem a lesões potencialmente fatais e pessoas com doenças crónicas vivem mais anos (Ordem dos Enfermeiros, 2018), estimando-se que nos próximos 50 anos o número de hospitalizações de idosos aumente significativamente (Tavares et al., 2020).

O processo de envelhecimento, caracterizado pela ocorrência de perdas à medida que a idade avança, torna os indivíduos mais vulneráveis ao aparecimento de patologias de várias ordens, ao declínio de capacidades cognitivas, como a atenção, a memória a curto prazo e memória episódica e a velocidade de processamento, assim como ao declínio de atividade psicomotora (Fonseca, 2021).

Com o envelhecimento, surgem alterações fisiológicas, como a perda de massa, força e qualidade muscular, que resultam frequentemente em fragilidade, sarcopenia e perda de mobilidade, aumento da incapacidade funcional e dependência nos autocuidados e nas atividades de vida diária, podendo levar até mesmo a consequências mais graves como quedas e fraturas (Sousa, 2024).

O declínio funcional, e consequente diminuição e perda da capacidade para realizar as atividades de vida diária de forma independente, está associado a complicações físicas e psicossociais. Este é considerado um risco acrescido para esta faixa etária, pois pode afetar a funcionalidade e a qualidade de vida de forma irreversível (Mendes et al., 2023), conduzindo ao aumento do número de hospitalizações. Por este motivo, existe uma carga negativa associada ao envelhecimento demográfico e ao aumento da longevidade associado ao aumento dos casos de perda de funcionalidade e autonomia associadas à idade (Fonseca, 2021).

A diminuição progressiva da massa muscular esquelética resulta numa espiral descendente que pode culminar na perda de força e da funcionalidade (Pontes, 2022). Este fenómeno, associado ao processo de envelhecimento e/ou inatividade, frequente no internamento, contribui para a fraqueza global, com consequências a vários níveis, nomeadamente, maior dependência nas atividades de vida diária (AVD) e autocuidados, aumento de dias de internamento, aumento do risco de quedas, menor qualidade de vida e maior morbidade e mortalidade (Cruz & Nunes, s.d).

Mota-Pinto, Veríssimo, & Malva, (2019) referem que a imobilidade desenvolve consequências de ordem física (atrofia muscular, diminuição da capacidade de se movimentar, perda da marcha e equilíbrio, bem como úlceras de pressão), psicológica (instabilidade emocional, perda de identidade, desorientação, depressão e, eventualmente, morte) e social (alteração do ambiente familiar, rejeição ou protecionismo excessivo, isolamento social, necessidade de ajuda e institucionalização em lar).

A maioria das condições de risco clínicas que afetam a capacidade funcional, podem ser evitáveis ou mutáveis, passíveis de intervenções individuais e coletivas, de âmbito

multiprofissional e intersetorial, visando proporcionar melhorias à saúde, qualidade e expectativa de vida dessa população em constante crescimento (Feitosa, et al. 2024). Vários autores estimam um risco de 30% a 60% da pessoa idosa desenvolver nova dependência para as AVD durante a hospitalização, sendo a falta ou diminuição da mobilidade o fator que mais contribui para esse resultado (Silva et al., 2022). Entre os motivos para a baixa mobilidade de pessoas idosas hospitalizadas, destacam-se: a prescrição de repouso no leito, a polifarmácia, o uso de drogas psicotrópicas e de dispositivos, a má nutrição, o medo de quedas, a incapacidade da pessoa idosa, algias, aspetos relacionados à própria infraestrutura hospitalar, recursos humanos e materiais inadequados (Silva et al., 2022; Tavares et al., 2021; Kirk et al., 2019).

A hospitalização potencia vários riscos, nomeadamente perda da mobilidade e declínio funcional, independentemente da etiologia da doença aguda que levou ao internamento, resultando em dependência nas AVD e perda de autonomia (Mota-Pinto, Veríssimo, & Malva, 2019). De acordo com os mesmos autores, a permanência em meio hospitalar pode desencadear outras complicações tais como: fadiga e fraqueza muscular, dificuldade na eliminação das secreções brônquicas com aumento da suscetibilidade a infeção respiratórias, obstipação, trombose venosa profunda, tromboembolismo pulmonar, úlceras de pressão, perda de massa e força muscular, depressão, aumentando o risco de queda potenciando outras complicações, e consequente aumento dos dias de internamento predispondo para maior morbidade e mortalidade (Mota-Pinto, Veríssimo, & Malva, 2019). Em função desta realidade, o aumento da atividade e mobilização durante a hospitalização são essenciais para prevenir o declínio funcional principalmente em pessoas doentes mais velhas (Kirk et al., 2019).

Neste contexto, a necessidade de cuidados de Reabilitação nestas populações tem vindo a ser progressivamente maior e constitui um desafio para os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER), considerando que a sua intervenção visa o diagnóstico e intervenção precoce, a promoção da qualidade de vida, o aumento da funcionalidade, o autocuidado e a prevenção de complicações evitando ou diminuindo as incapacidades produzindo ganhos em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Por outro lado, a perda gradual de funcionalidade e consequente instalação de níveis de dependência, exige a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar. Este aspeto é particularmente importante no contexto atual, em que se assiste a uma mudança de paradigma do “tratamento da doença” para um novo paradigma mais focado no “bem-estar geral da pessoa doente”, sendo o domicílio o local privilegiado para a prestação de melhores cuidados ao

indivíduo (Mota-Pinto, Veríssimo, & Malva, 2019), onde a pessoa idosa é predominantemente cuidada por familiares (cônjuges ou outros) da mesma faixa etária (Limão & Martins, 2021).

Para dar resposta a esta necessidade das pessoas doentes com dependência, é essencial uma intervenção diferenciada de enfermagem de reabilitação que perspetive a capacitação não só da pessoa doente, mas também do Familiar Cuidador, ainda durante o internamento (Mendes et al., 2023), de forma a assegurar a continuidade de cuidados, com vista à maximização do seu potencial funcional e independência no domicílio.

Consciente desta realidade, e associado ao contexto onde exerce funções, cujas pessoas internadas se encontram numa faixa etária mais avançada, identifica-se um aumento do grau de dependência nos autocuidados e incapacidade para a realização das AVD durante o internamento. Esse declínio funcional é preocupante, podendo acarretar múltiplas complicações. Neste contexto, foi desenhado e implementado o Projeto *Learn2Care* com o objetivo de melhorar a mobilidade, prevenir complicações relacionadas à imobilidade e promover a recuperação funcional. Este projeto tem por base intervenções de enfermagem de reabilitação que envolvem a capacitação da pessoa doente e o familiar cuidador desde o internamento até ao pós-alta. Essas intervenções, com enfoque na reabilitação motora, visam a promoção de exercícios músculo-articulares, treino de equilíbrio, transferências, levante e marcha, e incluem igualmente o seguimento pós-alta através de um acompanhamento por Follow up (FUp) telefónico.

Atualmente é comumente reconhecida a importância da existência de equipas multidisciplinares, nas quais existe uma inter-relação entre os diferentes profissionais, os quais consideram a pessoa doente como um todo numa atitude humanizada e uma abordagem mais ampla e resolutiva do cuidado. Estas equipas sistematizam conhecimentos das diferentes áreas para melhorar a efetividade das intervenções e aprimorar os serviços a serem prestados (Saraiva, 2019). Tendo em consideração este desígnio, o Projeto *Learn2Care* contempla também a referenciação para Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), de modo a permitir um melhor acompanhamento e seguimento da pessoa doente após a alta Hospitalar.

O objetivo geral deste trabalho é descrever o projeto de Enfermagem de Reabilitação – Projeto *Learn2Care*, dirigido à pessoa internada com alteração da mobilidade e da capacidade funcional, tendente à maximização do seu potencial funcional e ao familiar cuidador de forma a capacitá-lo para assegurar a continuidade de cuidados após a alta.

Este Trabalho de Projeto é composto por uma introdução, na qual é feita uma contextualização da temática, centrada no contexto clínico, bem como apresentado o objetivo geral. De seguida, é apresentado o enquadramento teórico, seguida da metodologia, o planeamento do Projeto, implementação e avaliação dos resultados.

Parte I

1 – Enquadramento teórico

Desde há algumas décadas, a tendência demográfica principalmente nos países da União Europeia tem sido marcada pelo envelhecimento populacional e pela crescente prevalência de doenças crónicas.

Com o avançar da idade, ocorrem alterações fisiológicas significativas que alteram a funcionalidade da pessoa idosa. Entre essas mudanças, a redução da massa muscular e da força conhecida como sarcopenia é um processo progressivo que compromete a capacidade de realizar AVD com segurança (Peterson et al., 2022). Além disso, há um declínio no equilíbrio estático e dinâmico, que, aliado à diminuição da capacidade de marcha (como velocidade e amplitude do passo reduzidas), contribui para um risco elevado de quedas, com potenciais consequências graves, como fraturas e perda de autonomia (Cruz-Jentoft et al., 2019).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2011), o declínio da funcionalidade/dependência no autocuidado afeta cerca de um milhão de pessoas, com particular incidência entre os mais idosos (Ribeiro, 2021). Nesta faixa etária, a hospitalização conduz ao declínio funcional devido à interação entre as alterações do envelhecimento primário, a doença e as práticas hospitalares (Tavares et al., 2021), originando perda de capacidade e dificuldade no retorno às suas atividades de vida, no regresso a casa.

Nos últimos dez anos, os avanços nos cuidados de saúde contribuíram para o aumento da esperança média de vida e trouxeram consigo novos conhecimentos, modelos de intervenção e práticas que, gradualmente, se tornaram centrais na enfermagem de reabilitação, com impactos positivos na promoção da autonomia, no reforço da independência e na satisfação das pessoas doentes e seus familiares cuidadores (Ordem dos Enfermeiros, 2023a). Neste sentido, é crucial a intervenção do EEER, de modo a desenvolver um plano de cuidados de enfermagem de reabilitação individualizado, direcionado para a capacitação da pessoa doente e família/familiar cuidador, tendo em conta as barreiras que este vai ter de ultrapassar no contexto onde se encontra inserido, permitindo uma transição segura.

1.1 – Imobilidade e complicações associadas

A imobilidade é um fenómeno clínico com elevada prevalência, particularmente entre pessoas hospitalizadas ou com limitações funcionais, e constitui um importante fator de risco para múltiplas complicações físicas, funcionais e psicossociais. Entre estas incluem-se a perda de massa e força muscular, o comprometimento do equilíbrio, a diminuição da capacidade de marcha, o aumento do risco de quedas, o desenvolvimento de úlceras de pressão, complicações respiratórias e tromboembólicas, bem como o declínio da autonomia (Figueiredo et al., 2024; Nicoli et al., 2024). Mota-Pinto, Veríssimo, & Malva (2019), referem-se à imobilidade como a diminuição da capacidade para desempenhar AVD por perda da função motora ou, também como a incapacidade progressiva de deslocação da pessoa no seu espaço vital até ao seu confinamento ao leito, podendo ser caracterizada em relação ao seu início (súbito/agudo versus crónico) e duração (temporária versus prolongada).

A Síndrome de imobilidade é a apresentação comum da doença, gerada por um conjunto de alterações fisiológicas em vários sistemas, condicionado pela imobilidade e descondicionamento (conjunto de alterações fisiológicas induzidas nos vários sistemas orgânicos pela inatividade física e que são reversíveis apenas com o retomar da atividade). Trata-se de um quadro clínico multifatorial, potencialmente reversível e que pode ser prevenido (Mota-Pinto, Veríssimo, & Malva, 2019).

A mobilidade pode ficar alterada devido a uma condição física ou clínica, consequência de determinadas patologias, lesões ou cirurgia e reveste-se de um carácter negativo com repercussões reconhecidas. Quando a pessoa é incapaz de movimentar uma parte do corpo ou o corpo inteiro devido a uma doença crónica, deficiência ou tratamento, podem surgir complicações relacionadas com essa imobilidade em diferentes sistemas orgânicos ao longo de um período variável (Ordem dos Enfermeiros, 2013a).

Para a pessoa idosa com co-morbilidades, a manutenção da mobilidade é um aspeto fulcral na otimização do seu estado de saúde, função, interação social e qualidade de vida. A limitação da mobilidade apresenta diferentes condicionalismos, relacionados com a parte do corpo afetada: nos membros superiores condicionam as atividades que exijam o transporte e a manipulação de objetos; no tronco determinam limitações da grelha costal, na mobilidade raquidea e nas atividades com exigência postural; e nos membros inferiores condicionam as transferências e a deambulação, onde se inclui a marcha fisiológica, utilização de degraus,

rampas ou simplesmente deslocação do centro da gravidade (Mota-Pinto, Veríssimo, & Malva, 2019).

Quando uma pessoa não consegue mover uma parte do corpo ou o corpo inteiro devido a uma doença crónica, deficiência ou tratamento, podem surgir complicações relacionadas com essa imobilidade em diferentes sistemas orgânicos, ao longo de um período variável (Ordem dos Enfermeiros, 2013a). No sistema músculo-esquelético essas consequências manifestam-se por uma diminuição da mobilidade articular polissegmentar, diminuição da força e da resistência muscular, e diminuição da densidade mineral óssea. No sistema cardiovascular pode surgir hipotensão ortostática/postural, elevação da frequência cardíaca em repouso, diminuição do volume de ejeção e diminuição do débito cardíaco, aumento dos triglicérides e diminuição das lipoproteínas de alta densidade (HDL). No sistema respiratório pode resultar em diminuição da capacidade vital e da reserva funcional, fadiga e fraqueza muscular do diafragma e músculos acessórios da respiração, assim como dificuldade na eliminação das secreções brônquicas com aumento da suscetibilidade a infeção respiratórias. No sistema gastrointestinal pode ocorrer diminuição da absorção, défices nutricionais, refluxo gastroesofágico e obstipação. No sistema génito-urinário pode conduzir a um esvaziamento vesical incompleto por fraqueza muscular, suscetibilidade para infeções urinárias e formação de cálculos renais. No sistema nervoso pode desencadear deterioração cognitiva e ansiedade. O retorno normal da mobilidade tem grande interesse clínico uma vez que reduz o risco de trombose venosa profunda, tromboembolismo pulmonar e patologia de revestimento cutâneo, como sejam as úlceras de pressão (Mota-Pinto, Veríssimo, & Malva, 2019).

Estas consequências podem ser mais severas do que a própria patologia que as causou, convertendo uma diminuição temporária da capacidade funcional em incapacidade permanente (Ordem dos Enfermeiros, 2013a). Desta forma, a limitação da mobilidade pode conduzir a uma deficiência, cujas consequências incidem na capacidade para realização de tarefas pela pessoa afetada, com marcado prejuízo na realização das AVD (Mota-Pinto, Veríssimo, & Malva, 2019).

Atualmente, o avanço do conhecimento científico na área da saúde preconiza uma mobilização mais precoce, reduzindo o impacto associado às alterações na mobilidade e à síndrome da imobilidade. Este aspeto é particularmente importante, tendo em conta que a síndrome da imobilidade tem implicações em todos os aspetos da vida da pessoa. Reduzir os efeitos da imobilidade implica o diagnóstico precoce e o planeamento de intervenções que tenham como objetivo a prevenção de complicações e a manutenção ou recuperação da

capacidade funcional, demonstrando ganhos importantes para a pessoa, traduzido em independência e qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2013a).

Abranches & Cavaletti (2020) sublinham que, no ambiente hospitalar a síndrome da imobilidade pode ser evitada através de um programa de exercícios gradualmente evolutivo que deve ser iniciado assim que a condição da pessoa doente seja estável, tendo como objetivos a melhoria das funções cardiovasculares e respiratórias, além do fortalecimento muscular, prevenção de osteoporose, sarcopenia e bem-estar psicológico. No mesmo alinhamento, Cerqueira & Grilo (2019) sublinham o planeamento adequado de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, que compreenda intervenções promotoras da mobilidade e subsequente do autocuidado, como um dos contributos essenciais para a prevenção das consequências da imobilidade.

Considerando que o objetivo da Reabilitação é proporcionar o retorno da pessoa doente ao seu padrão de participação prévio, com autonomia nas AVD, no menor tempo possível, diminuindo as alterações decorrentes na mobilidade individual (Mota-Pinto, Veríssimo, & Malva, 2019), a manutenção da função e da atividade física é imprescindível durante a hospitalização, uma vez que gera um efeito positivo na manutenção e restauração da independência funcional das pessoas doentes, contribuindo também para retardar e prevenir outras incapacidades (Verstraten et al, 2020).

Neste contexto, os EEER possuem um papel fulcral na elaboração e implementação de programas de reabilitação que visem a minimização das consequências da imobilidade durante a hospitalização, sendo a prevenção de complicações, com o intuito de evitar as incapacidades ou minimizar as mesmas, um dos aspetos chave de atuação da Enfermagem de Reabilitação, que ganha grande relevo em contexto hospitalar.

1.2 – Capacidade Funcional

O envelhecimento humano é um fenómeno complexo que condiciona uma diminuição da capacidade física, correspondendo a um conjunto de processos que, com a passagem do tempo, motivam a perda de adaptabilidade e da capacidade funcional, traduzindo-se por uma diminuição generalizada e progressiva de função, resultando numa perda de resposta adaptável ao stress e aumento do risco de doença associado com a idade. É igualmente um fator causador

de alterações músculo-esqueléticas e fisiológicas que determinam a perda da mobilidade (Mota-Pinto, Veríssimo, & Malva, 2019)

A capacidade funcional, normalmente, abrange as atividades básicas de vida diária e as atividades instrumentais de vida. Consideram-se atividades básicas de vida diária as atividades de autocuidado, essenciais à sobrevivência no dia a dia, tais como: a higiene pessoal, vestir, alimentação e nutrição, controlo da eliminação e (urinária e fecal) e deslocar-se dentro de casa, enquanto as atividades instrumentais de vida diária são as atividades necessárias para sustentar uma vida independente na comunidade. Englobam tarefas mais complexas inerentes à participação social da pessoa, tais como: sair de casa, atividades em casa, questões administrativas, administração de dinheiro e/ ou bens e toma da medicação (Mota-Pinto, Veríssimo, & Malva, 2019).

Por conseguinte, a perda da capacidade funcional é o resultado de um conjunto de situações e condições que abrangem o ambiente, as condições de vida e as condições pessoais (Piexak et al, 2019). A incapacidade funcional associada à hospitalização desenvolve-se entre o período de acometimento pela doença aguda e a alta hospitalar, afeta áreas específicas como deambulação, autonomia e independência que resultam na diminuição de mobilidade global (Silva et al.,2022), o que impacta a qualidade de vida da pessoa.

Abranches & Cavaletti (2020) advertem para o risco de declínio funcional associado à hospitalização, na pessoa idosa, devido à perda de dependência e autonomia, podendo potencializar um comprometimento funcional existente, devido à má nutrição, repouso em excesso, noites mal dormidas e o excesso de fármacos diariamente, estimando-se que esse declínio funcional acometa cerca de 25% a 35% dos idosos em internamento hospitalar.

Os fatores relativos às práticas hospitalares que condicionam uma baixa mobilidade e o repouso no leito, a polimedicação, o uso de psicofármacos, a contenção direta e/ou indireta, a desnutrição e o uso de dispositivos médicos, no qual se inclui o uso de cateterismo vesical, estão associados ao declínio funcional na pessoa internada (Tavares et al, 2021), com restrição da capacidade para realizar atividades essenciais para a vida (Mota-Pinto, Veríssimo, & Malva, 2019).

De acordo com Tavares et al. (2021), o declínio funcional é um evento frequente durante a hospitalização de pessoas idosas, com 34% dessas pessoas a perderem a sua independência nesse período (Silva et al.,2022), aspeto que necessita de intervenção ao nível preventivo. Por este motivo, a manutenção da função e da atividade física é fundamental durante a

hospitalização, uma vez que gera um efeito positivo na manutenção e restauração da independência da capacidade funcional das pessoas doentes, contribuindo também para retardar e prevenir outras incapacidades, nomeadamente a sarcopenia (Verstraten et al, 2020).

O envelhecimento implica um declínio gradual das funções fisiológicas e cognitivas, que impacta negativamente a capacidade funcional do idoso. Esse processo envolve alterações nos sistemas musculoesquelético, neurológico e sensorial, resultando em perda de força, flexibilidade, equilíbrio e coordenação motora. Essas mudanças comprometem a habilidade do indivíduo em manter a estabilidade postural e responder adequadamente a desafios ambientais, aumentando o risco de quedas e acidentes (Mota-Pinto, Veríssimo, & Malva, 2019). Compreender esses mecanismos é fundamental para a implementação de estratégias de prevenção e promoção da autonomia na população idosa (Tinetti et al., 2019; Promsri et al., 2024)

Mota-Pinto, Veríssimo e Malva (2019) destacam que nesta faixa etária, acresce ainda uma diminuição ou perda da capacidade de a pessoa idosa manter a posição ortostática e restabelecer o equilíbrio na marcha ou no repouso, definida como síndrome da instabilidade. Ela manifesta-se em maior propensão para quedas, com o avançar da idade, devido a alterações anatómicas e funcionais do envelhecimento, como as artroses, a fraqueza muscular, a falta de flexibilidade; alterações neurológicas, decorrentes da diminuição dos reflexos, de sequelas de doenças neurológicas; alterações da marcha e do equilíbrio secundárias a problemas do foro otorrinolaringológico, problemas cardiovasculares e problemas ortopédicos. Também medicamentos, como os sedativos, antidepressivos e alguns fármacos usados para o tratamento da dor, podem potenciar tonturas ou sonolência contribuindo para a ocorrência de quedas. A diminuição da visão e da audição põem em causa a capacidade de calcular distâncias e de perceber obstáculos e alarmes, o que pode levar a pessoa idosa a cair (Mota-Pinto, Veríssimo, & Malva, 2019).

1.3 – Intervenção do EEER no processo de transição

Tal como as teorias de enfermagem destacam, o objetivo primordial da ação profissional dos enfermeiros é promover a independência no autocuidado. Quando a capacidade funcional para o autocuidado se encontra comprometida, seja de forma temporária ou permanente, as

intervenções dos enfermeiros concentram-se em capacitar a pessoa e os familiares cuidadores, de forma a enfrentar adequadamente os desafios que surgem em resposta às necessidades identificadas (Ribeiro, 2021).

Neste contexto, Meleis (2010) apresenta o conceito de transição como elemento central, sublinhando a importância de considerar todas as dimensões associadas na prática clínica. Esta perspectiva contribui para promover as competências das pessoas face às dificuldades que demonstram em incorporar, no seu dia a dia as recomendações terapêuticas decorrentes dos processos de saúde-doença. Assim, “transição” constitui um conceito central em Enfermagem, constituindo uma passagem ou movimento de uma fase da vida, condição ou estado para outro, sendo um processo desencadeado por uma mudança (Meleis et al., 2000).

Cada pessoa doente vivencia e percebe a mudança de forma singular, ainda que estas possam ter naturezas semelhantes, pelo que os fatores que condicionam as transições e as formas de resposta variam de pessoa para pessoa. Torna-se, assim, fundamental compreender as mudanças e os diversos processos de transição experienciados pela pessoa doente e pela família, de modo a ajustar as intervenções às necessidades específicas de cada um. Segundo Meleis (2010), os enfermeiros assumem um papel central e privilegiado no apoio prestado durante essas transições. Neste processo, os EEER identificam os problemas e as necessidades das pessoas, planeiam e executam terapêuticas de enfermagem intencionalmente direcionadas para facilitar as transições (Ribeiro, 2021).

A enfermagem deve fundamentar-se em referenciais teóricos que orientem a prática e sustentem a tomada de decisão clínica. A Teoria das Transições, central no pensamento de Meleis (2012), considera que alterações significativas no estado de saúde, como a perda de mobilidade e de capacidade funcional, constituem processos de transição que afetam não apenas a pessoa, mas também a sua família e rede de apoio. Estes momentos requerem intervenções de enfermagem intencionais e baseadas na evidência, centradas na pessoa e orientadas para a capacitação. Capacitar significa apoiar a aquisição de conhecimentos, competências e confiança necessários para que a pessoa doente e o familiar cuidador consigam gerir, de forma eficaz, as novas exigências impostas pela condição de saúde, facilitando a adaptação e promovendo a autonomia.

No contexto da reabilitação, a aplicação da Teoria das Transições de Meleis permite compreender que a perda de capacidade funcional representa não apenas um desafio físico, mas também emocional, social e ocupacional. Nestas circunstâncias, o EEER assume um papel fundamental na avaliação das necessidades, na definição de objetivos terapêuticos e na

implementação de estratégias de capacitação ajustadas à realidade da pessoa e do cuidador. A utilização de intervenções estruturadas e personalizadas, baseadas em evidência científica, contribui para melhorar a independência, prevenir complicações associadas à imobilidade e otimizar o processo de adaptação às novas condições de vida (Meleis, 2012; Ribeiro, 2021).

Todos os processos de transição necessitam de adaptações. Segundo a Teoria de Afaf Meleis, a avaliação multifatorial da saúde das pessoas deve ter em conta vários aspetos significativos, nomeadamente a consciencialização sobre a nova condição e saúde, que pode gerar declínio da funcionalidade e de dependência no autocuidado; o grau de envolvimento na procura de ajuda, o significado atribuído por cada um às mudanças, as crenças culturais e as atitudes individuais, o status económico, a prestação e o conhecimento (recursos individuais), assim como os recursos da comunidade e da sociedade (Meleis, 2010).

O EEER compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas, ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência ao longo do ciclo de vida. Para além de cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, promove a manutenção das capacidades funcionais das pessoas doentes, previne complicações e evita incapacidades assim como proporciona intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência funcional e diminuir o impacto das incapacidades instaladas, capacita e maximiza as competências funcionais da pessoa. Para além disso, utiliza técnicas de reabilitação que intervêm na educação das pessoas doentes e familiares cuidadores, no planeamento da alta, na continuidade de cuidados e na reintegração das pessoas na família e comunidade proporcionando-lhes o direito à dignidade e à qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Outro aspeto fundamental inerente ao EEER diz respeito ao desempenho de intervenções de excelência e de referência, que traduzem ganhos em saúde em todos os contextos da sua prática clínica expressos na prevenção de incapacidades e na recuperação de capacidades remanescentes, a nível cognitivo, motor, sensorial, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, de forma a habilitar a pessoa a uma maior autonomia, melhorando a autoestima (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Portanto, os cuidados especializados prestados pelo EEER, são clinicamente reconhecidos, podendo ser aplicados em diferentes contextos da prática clínica como, unidades hospitalares e comunidade.

A intervenção do EEER, tendo por foco o autocuidado, assume relevância no sentido de ser facilitadora de processos adaptativos, ajudando a pessoa na adaptação à sua nova condição de vida após o declínio funcional. Reabilitar capacidades, promovendo estratégias adaptativas com o objetivo de dar à pessoa o máximo de independência possível é um desafio permanente e complexo para o EEER, com impacto na qualidade de vida das pessoas e respetivas famílias. Os EEER promovem uma aprendizagem significativa, reforçando comportamentos de adaptação, dotando a pessoa de competências para gerir a doença (crónica) e obter o nível máximo de independência funcional na realização das suas AVD, promovendo o autocuidado (Ribeiro, 2021).

Considerando que a implementação de programas baseados em exercícios terapêuticos, mobilização precoce e treino de equilíbrio têm demonstrado benefícios significativos na prevenção da perda da independência funcional, a intervenção do EEER neste domínio é crucial para minimizar o impacto deste fenómeno (Mendes et al., 2023), sendo a sua eficácia demonstrada nos ganhos da autonomia em relação ao autocuidado, nas melhorias na capacidade funcional, no desempenho das AVD e, na melhoria da qualidade de vida das pessoas doentes (Ribeiro, 2021). Diariamente, é fundamental promover a manutenção de um nível mais elevado de atividade física na vida diária, de forma a otimizar o estado funcional da pessoa (Verstraten et al, 2020).

Na procura da excelência do exercício profissional, o enfermeiro foca a sua relação interpessoal com a pessoa doente, com as famílias ou com a comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2012), individualmente e em conjunto. Do Código Deontológico ressalta a importância de “exercer a profissão com adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros – Conselho Jurisdicional, 2015, p. 30).

A intervenção do EEER é fundamental na capacitação das pessoas doentes que enfrentam restrição da mobilidade, imobilização ou repouso prolongado no leito, situações frequentemente agravadas durante o internamento hospitalar, pelo que desempenha um papel-chave na recuperação funcional, promovendo mobilização segura e precoce, prevenindo complicações associadas à imobilidade e educando a pessoa doente e o familiar cuidador para garantir a continuidade do cuidado após a alta. Estratégias individualizadas e baseadas em evidência refletem-se em melhorias na autonomia, qualidade de vida e redução da permanência hospitalar (Caba et al., 2022; Werner et al., 2024).

No que concerne ao desenvolvimento da Enfermagem de Reabilitação, este depende de uma articulação sólida entre três pilares fundamentais: a teoria, a prática clínica e a investigação. A sua vertente prática resulta da aplicação, no contexto clínico, de conhecimento específico gerado dentro dos seus próprios domínios, em vez de se basear apenas em saberes oriundos de outras áreas disciplinares. Assim, torna-se essencial fortalecer esta relação, bem como aprimorar a implementação da evidência científica na prática clínica, promovendo a translação desse conhecimento. Dessa forma, é possível gerar ganhos em saúde tanto para as pessoas doentes individualmente como para a sociedade em geral (Ordem dos Enfermeiros, 2023a).

1.4 – Papel do Familiar Cuidador na Continuidade de Cuidados

Com o envelhecimento, muitas das pessoas idosas passaram a conviver com a presença de doenças crónicas e incapacitantes, com necessidade de ajuda de outras pessoas, dentro do contexto familiar (Monteiro et al, 2015). Igualmente associado ao processo de envelhecimento, frequentemente ocorre dependência funcional, requerendo um cuidado permanente, que geralmente é assumido por um membro da família, sob a forma de familiar cuidador. (Chaves et al., s.d.).

Considerando que cuidar de alguém implica atenção, dedicação e esmero, solicitude/zelo e de atenção ao outro, no sentido de ajudar a responder às suas necessidades básicas, isso implica envolvimento afetivo entre o familiar cuidador e a pessoa cuidada, no sentido de uma efetiva ligação, com o intuito da manutenção de bem-estar (Mota-Pinto, Veríssimo, & Malva, 2019).

Atualmente o envelhecimento e as alterações do sistema de saúde evidenciam a necessidade crescente de familiares cuidadores, desempenhando um papel cada vez mais relevante, sendo considerados como um elemento-chave na prestação de cuidados, tornando-se aliados da equipa de saúde (Santos, 2019). A este respeito, estima-se que 13% da população com idade superior a 50 anos, nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, é cuidadora sendo este valor de 10% em Portugal (Ordem dos Enfermeiros, 2023b). As previsões para 2060 apontam para um crescimento de 8,5% para 13,4% de pessoas dependentes, correspondendo a um aumento de 57%, fenómeno este que reflete a necessidade

do aumento de familiares cuidadores nas próximas décadas em Portugal (Ordem dos Enfermeiros, 2023b).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2023b), Cuidador é aquele que assiste na identificação, prevenção ou tratamento da doença ou incapacidade, e que auxilia na satisfação das necessidades da pessoa dependente. Por seu lado, o familiar cuidador é o cuidador responsável pela prevenção, tratamento da doença e incapacidade de um membro da família.

Segundo Mota-Pinto, Veríssimo, & Malva (2019), o familiar cuidador é alguém que faz parte da família, rede de amigos, vizinhos ou pessoas organizadas na comunidade, e que dedica grande parte do seu tempo e esforço a conseguir que a pessoa com um determinado grau de dependência, possa realizar as suas AVD, ajudando-a a consciencializar-se sobre o processo de envelhecimento e a adaptar-se às limitações resultantes do processo de dependência (Mota-Pinto, Veríssimo, & Malva, 2019).

Portanto, o foco principal do familiar cuidador é promover a capacidade funcional, ou seja, a capacidade de a pessoa desempenhar as atividades necessárias para cuidar de si mesma e do que a rodeia de forma independente (Mota-Pinto, Veríssimo, & Malva, 2019). Contudo, para além de promotor da capacidade funcional da pessoa idosa, o familiar cuidador é também o informante privilegiado dos processos de saúde e doença da pessoa cuidada e participa na tomada de decisão. No entanto, deve prevalecer o princípio de autonomia (tomada de decisão) da pessoa cuidada, cabendo ao familiar cuidador responder às decisões e preferências dessa pessoa, mesmo que mais dependente (Mota-Pinto, Veríssimo, & Malva, 2019).

O Plano Nacional de Saúde 2021-2030 (Ordem dos Enfermeiros, 2023b) considera fundamental o desenvolvimento de estratégias de intervenção inovadoras direcionada para o envelhecimento da população, nas quais a capacitação do familiar cuidador tem grande destaque. Empoderar a família, permite uma tomada de decisões mais consciente em saúde, permitindo aos sistemas familiares serem mais eficazes no seu exercício de cidadania (Ordem das Enfermeiros, 2011).

Sob outra perspetiva, o familiar cuidador é a pessoa mais bem posicionada para ajudar, tanto no plano operacional como emocional, ao envolvimento da pessoa doente no planeamento da alta, apoiando e supervisionando o mesmo (Lima et al., 2022). Como tal, torna-se fundamental identificá-lo e inclui-lo de forma a intervir no processo do cuidar, salvaguardando que a prestação de cuidados pode ter um grande impacto na vida dos familiares cuidadores

devido aos desafios que enfrenta, à sobrecarga que acarreta e outras mudanças significativas que implica (Lima et al., 2022).

O processo de transição entre instituições de internamento e o domicílio requer mudanças e adaptações da pessoa e do familiar cuidador (Lima et al., 2022). Contudo, alguns familiares cuidadores não se sentem preparados para assegurar a continuidade dos cuidados no domicílio, uma vez que não se sentem capazes de realizar muitos dos cuidados prestados, pelo que é fundamental um envolvimento e capacitação atempado dos mesmos.

Considerando que, no contexto da prática profissional do EEER, o foco dos cuidados não se limita apenas à pessoa doente, mas abrange também a família e o familiar cuidador, devido à dificuldade que apresentam na gestão do autocuidado, é fundamental criar e implementar um modelo de proximidade, com o objetivo de envolver e capacitar estas pessoas na assistência à pessoa doente dependente, tornando mais ágil todo o processo de transição (Petronilho, 2012).

A capacitação da pessoa doente, ou familiar cuidador implica fazer a análise das alterações da funcionalidade da pessoa doente, definindo as estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir de forma a promover a autonomia e a melhoria da qualidade de vida. Como tal, é essencial o ensino, instrução e treino da pessoa doente e familiar cuidador, sobre técnicas que promovam o autocuidado e a continuidade dos cuidados nos diferentes contextos (Ordem dos enfermeiros, 2018).

Parte II

2 – Desenvolvimento do Trabalho de Projeto

O Trabalho de Projeto é uma metodologia de investigação qualitativa baseada na análise de um problema concreto identificado, e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta abordagem envolve pesquisa, análise e resolução de problemas concretos do contexto e favorece uma prática sustentada e alicerçada em evidências (Nunes et al., 2010).

A metodologia do projeto é constituída por 6 etapas: diagnóstico de situação; definição de objetivos; planeamento; execução ou implementação do projeto; avaliação do projeto; e disseminação dos resultados (AESOP, 2023).

Este Trabalho de Projeto está direcionado para o estudo e posterior resolução de uma problemática que causa preocupação à equipa de Enfermagem de Reabilitação do Serviço de Medicina de uma Unidade Hospitalar da região centro de Portugal, e que diz respeito à perda da mobilidade e declínio funcional das pessoas doentes internadas neste serviço. Para dar resposta a este problema foi desenhado o projeto *Learn2Care*, que consiste num projeto da área da Enfermagem de Reabilitação, dirigido à pessoa internada com alteração da mobilidade e da capacidade funcional, dinâmico, que permite flexibilidade de ajuste de procedimentos ao longo do seu desenvolvimento, podendo adaptar-se e reorientar-se sempre que necessário.

Seguidamente, são descritas, de forma mais aprofundada as etapas correspondentes ao desenvolvimento do Trabalho de Projeto.

2.1– Diagnóstico de Situação

O Diagnóstico de Situação foi realizado com base num problema identificado pelo EEER de um Serviço de Medicina Interna de uma Unidade Hospitalar da região centro de Portugal, que diz respeito à alteração da mobilidade e capacidade funcional agravada durante o internamento Hospitalar.

2.1.1 – Definição da Problemática

No âmbito da sua prática clínica, frequentemente o EEER constata perda da mobilidade, da capacidade funcional e conseqüente aumento do grau de dependência em pessoas doentes internadas, principalmente em idades mais avançadas, o que constitui um problema que gera grande preocupação, nomeadamente aos profissionais de saúde do serviço de Medicina da referida instituição.

Com base na identificação deste problema e levantamento das necessidades existentes no serviço, surgiu a ideia de desenhar e implementar um Projeto de Reabilitação Motora, prevendo a continuidade de cuidados após alta hospitalar.

2.1.2 – Trabalho de Campo

Com o objetivo de identificar as necessidades de implementação de um Projeto de Enfermagem de Reabilitação num serviço de Medicina, foi realizado o levantamento das necessidades, tendo sido efetuado Trabalho de Campo que teve por base uma revisão da literatura e documentação; o planeamento e condução de reunião com o Enfermeiro Gestor e EEER desse serviço de Medicina; o planeamento e realização de entrevistas a peritos na área de Enfermagem de Reabilitação (Presidente da Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação [APER], Presidente da Mesa da Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação [MCEER]; Núcleo de Enfermeiros de Reabilitação [NER] da Guarda), condução de reunião/ entrevistas com outros profissionais de saúde da equipa multidisciplinar do serviço; a condução de entrevistas a pessoas doentes internadas e respetivos familiares cuidadores; observação direta no Serviço de Medicina, análise e consolidação dos dados (Apêndice I).

Prática Reflexiva

Associado ao processo de envelhecimento e às alterações fisiológicas que ele induz, entre as quais se destaca a perda de massa, força e qualidade muscular, frequentemente se verifica uma condição de fragilidade e perda de mobilidade da pessoa idosa, condicionando um agravamento da função física e conseqüente declínio funcional (Pontes, 2022).

É comumente aceite que durante a hospitalização ocorre uma diminuição da atividade física, conduzindo com frequência ao declínio funcional com implicações negativas na saúde e no bem-estar principalmente nas pessoas idosas. Conseqüentemente, a perda de independência

funcional está associada a um aumento do tempo de internamento, ocorrência de quedas, fraturas, maior morbidade e complicações clínicas, agravamento da qualidade de vida, reinternamentos e maior mortalidade (Mendes et al, 2023).

Neste contexto, urge o desenvolvimento de intervenções de enfermagem de reabilitação dirigida não só à capacitação da pessoa idosa com alteração da mobilidade e capacidade funcional, como do familiar cuidador, para colmatar as necessidades sentidas.

Trata-se da estruturação de um projeto de intervenção no âmbito da enfermagem de reabilitação, especialmente relevante num contexto de internamento hospitalar, onde a mobilidade da pessoa doente está frequentemente comprometida devido à doença aguda ou crónica agudizada. Neste processo, preconiza-se uma abordagem holística, com inclusão da pessoa doente e familiar cuidador desde o internamento até ao pós-alta, com foco na realização de exercícios músculo-articulares, treino de equilíbrio, transferências, marcha, e a continuidade dos cuidados após a alta, aspetos fundamentais para a recuperação da capacidade funcional e mobilidade, promotores de maior qualidade de vida.

Reunião com o Enfermeiro Gestor e o outro EEER

Com frequência constato um declínio da independência funcional da pessoa após a hospitalização. Associado ao contexto da minha prática profissional e após manifestação de alguma preocupação por parte de alguns familiares e pessoas doentes com a perda da mobilidade durante o internamento, foi realizada uma reunião com o Enfermeiro Gestor e o outro EEER da equipa de Enfermeiros de Reabilitação da qual faço parte (somos apenas 2 enfermeiros especialistas, para 40 pessoas doentes internadas), na qual foi debatida:

- ✓ A necessidade de implementação de um projeto de reabilitação dirigido à pessoa internada no Serviço de Medicina, para dar resposta à diminuição da mobilidade, decréscimo e perda da capacidade funcional, com conseqüente aumento do grau de dependência nos autocuidados e atividades de vida diária;

- ✓ A necessidade de inclusão do familiar cuidador no projeto, de forma a capacitá-lo para poder dar continuidade aos cuidados à pessoa com alteração da mobilidade, após a alta hospitalar;

- ✓ A estrutura do referido projeto, discriminando as suas fases de implementação, de forma a ser feita uma sistematização de intervenções que visam a identificação do familiar cuidador, elucidação para a importância da realização de exercícios musculares, treino

de equilíbrio, transferências, levante e marcha a fim de restabelecer a independência funcional com continuidade no domicílio; promoção do ensino, instrução e treino da pessoa doente e familiar cuidador, no sentido de o ajudar na recuperação da sua independência funcional e readaptação social, melhorando a qualidade de vida. No pós-alta será realizado um FUp para manter o acompanhamento e dar continuidade aos cuidados permitindo monitorizar o progresso da pessoa doente, garantir a continuidade das intervenções de reabilitação e esclarecer qualquer dúvida que a pessoa doente ou o familiar cuidador possa ter.

Entrevista com pessoas doentes e familiares cuidadores

Com o objetivo de identificar as necessidades sentidas por algumas pessoas doentes com alterações da mobilidade no internamento, foram realizadas pequenas entrevistas a duas pessoas doentes e dois familiares cuidadores, tendo sido manifestado que previamente ao internamento estas pessoas eram autónomas e independentes nos autocuidados e durante o internamento deixaram de ser, passando a ter dificuldade na realização dos autocuidados, manifestando diminuição da força muscular, dificuldade nos levantamentos e marcha. Foi debatida a importância de realização de um plano de reabilitação motora, e respetivos ensinamentos, ambos concordaram que é fundamental a realização de um plano de exercícios diário. Foram identificadas preocupações aquando do regresso a casa, nomeadamente em termos de orientação para a realização dos exercícios de reabilitação motora. Relativamente às barreiras arquitetónicas foram manifestadas preocupações relacionadas com a existência de escadas em ambas as habitações. Todas as pessoas doentes e familiares cuidadores consideraram importante ser fornecido um documento de orientação para a realização dos exercícios após a alta.

Reunião com a equipa médica

Associado ao processo de envelhecimento ocorre um declínio progressivo da massa muscular esquelética, gerando uma espiral descendente que pode levar à diminuição da força e da funcionalidade (Pontes, 2022). Atualmente, a sarcopenia é reconhecida como uma doença muscular associada ao envelhecimento, uma vez que a diminuição da força muscular é o determinante principal para disparar o gatilho da investigação diagnóstica. No entanto a sarcopenia é negligenciada, subdiagnosticada e, por conseguinte, subtratada na prática clínica regular (Pontes, 2022). No serviço onde exerço funções esse diagnóstico não vem descrito no processo clínico da pessoa doente, pelo que considerei curioso, e questioneei o coordenador

clínico do serviço, tendo considerado bastante pertinente a minha questão e admitiu que é um dos diagnósticos clínicos negligenciados. No sentido de melhoria foi realizado uma reunião com a equipa médica, na qual o coordenador do serviço apelou ao preenchimento de um questionário que passará a fazer parte do processo clínico da pessoa doente no qual constarão vários diagnósticos secundários, entre os quais passará a fazer parte a sarcopenia. Pois, numa pessoa doente hospitalizada com esse diagnóstico, a perda da mobilidade e o declínio funcional será mais acentuado, sendo crucial uma intervenção mais dirigida.

Neste contexto, há ainda a realçar a complexidade da determinação das variáveis a avaliar, como as avaliar, quais os pontos chave a considerar e os efeitos das intervenções terapêuticas. A este respeito, nos últimos anos, as principais diretrizes sobre esta temática objetivaram construir uma definição de sarcopenia que refletisse os avanços recentes em conhecimento científico, epidemiológico e clínico sobre o músculo; identificar as variáveis e ferramentas que melhor detetam a sarcopenia e predizem desfechos; sugerir pontos chave para variáveis mensuradas; e recomendar triagem atualizada e algoritmo de avaliação fácil de usar na prática clínica.

Entrevista com EEER pertencentes ao Núcleo de Enfermeiros de Reabilitação (NER)

No sentido de obter contributos para enriquecer este projeto, ainda numa fase embrionária, foram entrevistados EEER pertencentes ao NER da Unidade Hospitalar, tendo sido debatida a importância de um projeto desta natureza, sendo considerada uma excelente iniciativa. Foi considerada pertinente a envolvimento da equipa multidisciplinar, podendo eventualmente trazer alguma fragilidade se houver falhas em termos de colaboração, sendo a contribuição do nutricionista, um complemento às estratégias de reabilitação. Foi salientado que se for desenvolvido um trabalho profícuo de reabilitação para a evitar a imobilidade e a sarcopenia poderá ter um grande impacto, e que seria importante um estudo que traduzisse a prevalência da sarcopenia num serviço de medicina interna e a efetividade da implementação de um programa de enfermagem de reabilitação neste tipo de doentes com avaliação inicial e final.

Foi sugerida a possibilidade do encaminhamento da pessoa doente para Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), e para além de FUp também consideraram pertinente o seguimento em consulta de enfermagem de reabilitação presencial.

Entrevista com EEER peritos na área

Durante a pesquisa bibliográfica que realizei, encontrei um artigo muito pertinente sobre “Sarcopenia em doentes internados num serviço de medicina interna – contributos de uma equipa multidisciplinar” publicado por uma Enfermeira perita na área da Enfermagem de Reabilitação, a Enfermeira Elisabeth Sousa. Como tal, considerei uma mais valia entrevistá-la, no sentido de perceber que intervenções de enfermagem de reabilitação são desenvolvidas a doentes com sarcopenia. Esta EEER referiu estar a realizar um trabalho sobre sarcopenia juntamente com uma médica do serviço onde trabalha, e têm-se apercebido que todos os doentes admitidos nesse serviço têm diminuição de massa muscular, têm fragilidade, e consequentemente maior desequilíbrio e aumento do risco de queda e fraturas. Pelo que estão a desenvolver um estudo sobre a prevalência de doentes com sarcopenia, constatando a existência de uma elevada taxa dessa condição, prévia ao internamento. Para já está a ser feito apenas um diagnóstico de situação e futuramente irá ser feita também a avaliação do EEER.

Neste sentido é feita uma avaliação inicial nas primeiras 24 a 48 horas após a admissão do doente e aquando da alta é feita uma avaliação final. A médica faz uma avaliação geriátrica, utilizando alguns instrumentos de colheita de dados como o Mini Mental State Examination (MMSE) e o teste Mini Avaliação Nutricional (MNA) para fazer a avaliação nutricional.

A EEER utiliza como instrumentos de avaliação o SARC-F (Malmstrom & Morley, 2013) validado para a população Portuguesa (Versão traduzida pelo Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna - GERMI), que é uma ferramenta utilizada para avaliar a sarcopenia, avaliação do peso corporal, avaliação do perímetro braquial, perímetro gemelar, avaliação de força de pressão palmar da mão dominante com recurso ao dinamómetro, e avaliação nutricional averiguando se o doente está a fazer suplemento nutricional. Em colaboração com uma enfermeira de cuidados gerais é efetuada avaliação do Índice de Barthel e Escala de Katz, avaliação do risco de queda utilizando a Escala de Morse, avaliação do risco de desenvolvimento de lesões por pressão através da Escala de Braden. Atualmente estão na fase de colheita de dados desde junho de 2024. Neste serviço não há muita rotatividade de doentes, geralmente são doentes crónicos, que se encontram a aguardar vaga em rede de cuidados continuados e resolução social em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI). Este trabalho abrange pessoas com mais de 65 anos, com capacidade cognitiva.

Ao longo da entrevista a Enfermeira Elisabeth deu um testemunho fundamental do que é possível fazer de forma autónoma na Enfermagem de Reabilitação no rastreio de sarcopenia.

No sentido de enriquecer o Projeto *Learn2care*, foi contactado outra pessoa de referência na área da Enfermagem de Reabilitação: o Presidente da APER Enfermeiro Belmiro Rocha. Durante a entrevista salientou a importância de projetos multidisciplinares, dando ênfase à individualização dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação. Há todo interesse nas equipas multidisciplinares, mas é fundamental conseguirmos controlar os resultados que nos permitam individualizar a nossa intervenção. Frisou que um projeto deste âmbito, ambiciona resultados que traduzam uma mais valia para a Enfermagem de Reabilitação e para os Enfermeiros de Reabilitação e que possa ser publicado e reproduzível noutros serviços, noutras instituições. Considerou este tipo de projeto executável e pertinente, mas referiu ter dúvidas quanto ao tempo estimado disponível para concretizar o projeto. Na sua opinião, o projeto está bem estruturado e culminar com uma consulta de enfermagem a este tipo de doentes seria “ouro sobre azul”, pois para além de promover a autonomia e independência das intervenções do EEER, proporcionaria aos gestores a possibilidade de incorporar áreas de intervenção que lhes permitam ganhos e evidências, no seu contrato programa.

Salientou ainda a importância da informação transmitida aos familiares cuidadores. Todas as intervenções ensinadas, instruídas e treinadas devem ser devidamente supervisionadas. Realçou a pertinência dos FUp. Destacou que, o familiar cuidador precisa de aprender um conjunto de intervenções simples, claras e objetivas, que vão ser implementadas no seu dia a dia, para cuidar da pessoa doente, e para tal, precisa de oportunidade de as praticar. Considera que o que foi ensinado, bem aprendido e corretamente percebido deverá ser devidamente utilizado, aspeto particularmente importante, se considerarmos que:

“a maior parte dos idosos, estão privados de uma coisa tão simples e elementar como é poder sair do seu quarto, dar dois passos, ultrapassar dois ou três degraus, ir ao café da esquina, socializar um bocadinho, ler o seu jornal, estar com os amigos e voltar para casa. Como é que se levanta da cama, como é que se senta na cadeira, como é que faz a utilização de um produto de apoio que para aquela circunstância tem de o utilizar?”

Neste sentido, salienta a importância de satisfazer as necessidades referentes às atividades de vida da pessoa para que ela efetivamente consiga ter a maior autonomia, independência e funcionalidade, dentro da sua limitação. Reforçou ainda a importância da capacitação do familiar cuidador para assistir no autocuidado, com tradução inequívoca em qualidade de vida.

Referiu que este tipo de intervenção que integra ensinamentos e capacitação da pessoa doente e familiar cuidador, o FUp, bem como consulta de enfermagem presencial é crucial para

demonstrar os ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação. Também foi enfatizado a importância do papel das UCC, nomeadamente as ECCI, constituindo um suporte para a família, assegurando a continuidade de cuidados após a alta hospitalar, com destacável contributo na identificação precoce de obstáculos à mobilidade das pessoas doentes.

Todos os peritos na área, entrevistados, referiram não ter conhecimento de algum projeto semelhante e todos foram da opinião, de optar por manter o foco principal nos diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação, não envolvendo, no momento, profissionais de outras áreas, dada a limitação do horizonte temporal, em termos académicos, destinado para realização de um projeto desta natureza. Posteriormente pretendo dar continuidade e ampliar este projeto, considerando o envolvimento de outros profissionais.

Todos os entrevistados deram consentimento tácito para a realização e gravação das respetivas entrevistas.

2.1.3 – Análise SWOT

A análise SWOT consiste numa ferramenta estratégica que analisa as Forças (Strengths), as Fraquezas (Weaknesses), as Oportunidades (Opportunities) e as Ameaças (Threats), constituindo um instrumento de trabalho muito útil, frequentemente utilizado na gestão, também na saúde. Revela-se como uma ferramenta fundamental na investigação em saúde e no contexto organizacional (Marques et al., 2022).

Um dos principais benefícios do uso da Análise SWOT é a possibilidade de utilizar as forças (Strengths) identificadas para eliminar ou reduzir as fraquezas (weaknesses). A aplicação da ferramenta matriz SWOT teve o propósito de examinar globalmente a dimensão da aprendizagem. Além disso, procura-se analisar as condicionantes estruturais do processo, bem como o potencial de converter ameaças (Threats) em oportunidade (Opportunities), e para utilizar as forças de forma a eliminar e/ ou reduzir as fraquezas encontradas.

A análise SWOT apresentada de seguida, permite identificar as potencialidades e os constrangimentos que poderão interferir no projeto (tabela 1).

Tabela 1 – Análise SWOT

	Pontos Fortes	Pontos Fracos
Fatores Intrínsecos	Motivação e Empenho dos EEER do Serviço de Medicina Incentivo da equipa multidisciplinar para a implementação do projeto Evidência Científica Recursos materiais	Escassez de recursos humanos (existência de apenas 2 EEER no serviço) Inexistência de Projeto dirigidos a pessoas com diminuição da mobilidade e capacidade funcional Inexistência de consulta de enfermagem de FUp
Fatores Extrínsecos	Oportunidades	Ameaças
	Criação de um projeto de Enfermagem de Reabilitação inovador Criação de consulta de enfermagem de follow-up Maior coordenação e integração entre diferentes níveis de cuidados Projeto que evidencia a relevância do papel do EEER Cultura organizacional, que incentiva a implementação de projetos de melhoria contínua	Falta de adesão da pessoa doente Falta de Capacitação do familiar cuidador Existência de muitas pessoas doentes institucionalizados previamente ao internamento Restrições financeiras que condicionam a contratação de mais EEER

Possíveis Barreiras e Desafios

Identificar precocemente as barreiras e impedimentos à implementação de um projeto é fundamental para mitigar riscos e garantir a execução e sucesso do projeto. No programa *Learn2Care* também podem existir algumas barreiras e desafios:

- ✓ **Adesão da pessoa doente:** A pessoa doente pode estar fisicamente debilitada ou não motivado para realizar os exercícios.
- ✓ **Capacitação dos cuidadores:** Indisponibilidade ou não aceitação dos cuidadores para participar no projeto;
- ✓ Nem todos os cuidadores terão os conhecimentos ou habilidades para realizar as transferências de maneira segura, o que pode exigir mais tempo de orientação.
- ✓ **Continuidade após a alta:** O acompanhamento telefónico pode ser limitado se a pessoa doente ou familiar cuidador não tiver acesso ou disponibilidade para comunicação regular.

2.2 – Definição dos Objetivos

Segundo Lakatos e Marconi (2017), o objetivo geral corresponde à finalidade ampla do estudo, enquanto os objetivos específicos são etapas mais detalhadas que orientam a pesquisa. Gil (2019) reforça que a definição clara desses objetivos é fundamental para o sucesso do trabalho. Este trabalho contempla um objetivo geral e objetivos específicos.

Objetivo geral

O objetivo geral deste trabalho é:

- Desenvolver um projeto de Enfermagem de Reabilitação dirigido à pessoa internada com alteração da mobilidade e da capacidade funcional, tendente à maximização do seu potencial funcional e ao familiar cuidador de forma a capacitá-lo para assegurar a continuidade de cuidados após a alta.

Objetivos Específicos:

- ✓ Planear intervenções de enfermagem de reabilitação (exercícios músculo-articulares, treino de equilíbrio, treino de marcha) de forma a maximizar o potencial funcional da pessoa doente.
- ✓ Capacitar a pessoa doente.
- ✓ Capacitar o familiar cuidador para assegurar a continuidade de cuidados de reabilitação após alta.
- ✓ Criar uma consulta de enfermagem de FUp, para garantir um acompanhamento pós-alta.

2.3 – Planeamento do Projeto *Learn2Care*

A etapa de planeamento do projeto serve para planear, fazer, verificar e agir ou ajustar (Ordem dos Enfermeiros, 2013b).

O local da Implementação do Projeto será um Serviço de Medicina Interna, de uma Unidade Hospitalar, da região centro de Portugal.

2.3.1 – Binómio risco/ benefício

A implementação deste projeto pretende favorecer a recuperação da capacidade funcional e promoção da autonomia nas atividades da vida diária (AVD) da pessoa internada e facilitar o seu regresso ao domicílio. Para tal, segue os princípios éticos da autonomia, da

equidade e do consentimento livre, esclarecido e informado, da não maleficência e da beneficência.

Não se identificam riscos para os participantes, sendo a recolha da informação realizada em ambiente hospitalar. A participação da pessoa doente e familiar cuidador proporcionar-lhes-á o benefício de aquisição de conhecimentos, dos quais poderão usufruir futuramente.

2.3.2 – Resumo do estudo

Na pessoa idosa, o processo de envelhecimento, agravado por um internamento hospitalar, conduz a uma perda de mobilidade, condicionando um agravamento da função física e conseqüente declínio funcional, sendo a intervenção do EEER um aspeto determinante na melhoria da independência funcional e conseqüentemente da qualidade de vida das pessoas doentes (Limão & Martins, 2021; Mendes et al., 2023).

Com o intuito de dar uma contribuição efetiva para a recuperação funcional da pessoa doente e capacitação do familiar cuidador em contexto hospitalar, surge o Projeto *Learn2Care* que contempla uma abordagem em contexto de internamento e pós alta, fases nas quais é feita uma sistematização de intervenções que visam promover o ensino, instrução e treino da pessoa doente e familiar cuidador.

A implementação do Projeto *Learn2Care* proporcionará a formação de um vínculo entre os profissionais de saúde, pessoas doentes e seus familiares cuidadores, concretizando-se através de uma abordagem estratégica que permitirá gerar momentos de aprendizagem adaptativos no internamento e capacitar a pessoa doente o mais precocemente possível, de forma a colmatar as alterações da mobilidade e respetivas complicações, promovendo a recuperação da sua mobilidade e a funcionalidade, maximizando o seu potencial funcional e de independência, com contributos importantes para a melhoria da sua qualidade de vida.

Os cuidados centrados na pessoa doente, implicam o envolvimento deste e do seu familiar cuidador nas várias fases do processo de prestação de cuidados de saúde, tornando o Projeto *Learn2Care* um Projeto de Boas Práticas no âmbito da qualidade e inovação, que representa um valor acrescentado para o cidadão/Comunidade.

2.3.3 – População-Alvo

O projeto tem como público alvo, a pessoa doente com diminuição da mobilidade e perda de funcionalidade verificadas durante a hospitalização, e o seu familiar cuidador.

A amostra será composta por pessoas doentes com base nos seguintes critérios de inclusão e exclusão.

Critérios de Inclusão:

- ✓ Pessoas autónomas previamente;
- ✓ Pessoas que previamente residiam no domicílio;
- ✓ Pessoas que não sejam independentes nas AVD;
- ✓ Pessoas com necessidade de continuidade de cuidados após alta hospitalar;
- ✓ Pessoas com perspetivas de regressar ao domicílio.

Critérios de exclusão:

- ✓ Pessoas totalmente dependentes previamente ao internamento;
- ✓ Pessoas sem capacidade de marcha previamente;
- ✓ Pessoas Institucionalizadas;
- ✓ Pessoas que recusem participar no programa.

2.3.4 – Duração do estudo

Data de início (elaboração do projeto): 28 de dezembro 2024

Prevendo-se a continuidade do projeto, não há previsão de data para a sua conclusão.

Período de recolha de dados (no Serviço de Medicina Interna, de uma Unidade Hospitalar da região centro de Portugal): 29 de maio de 2025 a 31 de julho de 2025 (Apêndice II).

2.3.5 – Desenho do Projeto

O projeto *Learn2Care* inclui uma abordagem em contexto de internamento e pós alta, dirigida à pessoa doente e ao familiar cuidador, de forma a promover a recuperação da condição

física da pessoa doente, agravada com a hospitalização, envolvendo o familiar cuidador nesse processo. O seu plano de intervenção decorre em duas fases: internamento e pós-alta.

Fase de Internamento

Preconiza-se uma abordagem precoce da Enfermagem de Reabilitação com objetivo de promover a recuperação da mobilidade e a funcionalidade da pessoa doente, evitando complicações associadas ao seu comprometimento.

Atividades a desenvolver:

✓ Avaliação inicial

Pretende-se que cada pessoa doente seja avaliada individualmente, nas primeiras 72 horas após a admissão, quanto à mobilidade, condição clínica e capacidade de realizar atividades de vida diária (AVD). Esta avaliação baseia-se na aplicação de instrumentos como o Índice de Barthel, Escala de Braden, Escala de Morse, Medical Research Council Scale (MRCS), Escala de Avaliação do Equilíbrio (integrada no Sclínico), Sit to Stand Test (STS) em 30s e Timed Up and Go Test (TUGT). A aplicação dos três primeiros instrumentos é realizada em colaboração com os enfermeiros de cuidados gerais, sendo fundamental a participação de toda a equipa de enfermagem, que, frequentemente, colabora na referência das pessoas doentes elegíveis para inclusão no projeto.

✓ Plano de cuidados individualizado

Com base na avaliação, é elaborado um plano de cuidados que inclui um programa de reabilitação motora que contempla exercícios músculo-articulares, treino de equilíbrio, transferências, levante e marcha, adaptados à condição de cada pessoa.

✓ Capacitação da pessoa doente

Tendo em vista a capacitação, a pessoa doente é ensinada, instruída e treinada a realizar exercícios músculo-articulares: movimentos passivos ou ativos-assistidos para manter ou aumentar a amplitude de movimento das articulações. São realizados exercícios de fortalecimento muscular, treino de equilíbrio estático e dinâmico bem como treino de marcha com e sem apoio de ajuda técnica.

✓ Capacitação do familiar cuidador

Após a identificação do familiar cuidador e aceitação para participar no projeto, este é treinado e capacitado, através de sessões de educação e demonstrações práticas (que podem ser diárias, de acordo com as necessidades manifestadas, até este se sentir capacitado) de forma a conseguir assegurar a continuidade dos cuidados após a alta.

O familiar cuidador é ensinado, instruído e treinado a ajudar e orientar a pessoa doente a realizar exercícios músculo-articulares e exercícios de fortalecimento muscular, bem como a realizar transferências seguras (da cama para a cadeira, da cadeira para a cama), utilizando a técnica de apoio e posicionamento correto da pessoa doente.

Tendo em vista a sua capacitação, o familiar cuidador é ainda ensinado, instruído e treinado a ajudar a pessoa doente a realizar treinos de marcha com ou sem recurso de ajudas técnicas.

✓ Sessão de literacia sobre prevenção de quedas

Complementando o treino e a capacitação do familiar cuidador, é realizada uma sessão de literacia em saúde dedicada à prevenção de quedas, abordando os principais fatores de risco, estratégias de modificação do ambiente e técnicas seguras de mobilização, com o objetivo de reduzir a probabilidade de incidentes e promover a segurança da pessoa doente no domicílio. É identificado, junto com o familiar cuidador a existência de possíveis barreiras arquitetónicas e necessidade de readaptação no domicílio.

A literacia em saúde constitui uma base essencial para capacitar tanto idosos como os seus familiares cuidadores na identificação e gestão do risco de queda (World Health Organization, 2007).

No contexto domiciliar e hospitalar, a participação ativa dos familiares cuidadores em programas educativos bem estruturados tem demonstrado melhorar o conhecimento, a perceção de risco e a adoção de comportamentos seguros (Hill et al., 2024). Ao reconhecer que a pessoa idosa é especialmente vulnerável às quedas e frequentemente dependem de cuidadores, estas sessões de literacia tornam-se fundamentais para promover uma avaliação de risco mais consistente, apoiar intervenções seguras e prevenir eventos adversos, fortalecendo assim a continuidade e qualidade dos cuidados prestados (World Health Organization, 2021).

✓ Entrega de panfletos

Foram realizados panfletos com orientações para a realização de exercícios e prevenção de complicações, constituindo um complemento à informação transmitida oralmente.

Esses panfletos, entregues à pessoa doente e ao familiar cuidador contêm informação escrita clara e objetiva sobre a realização dos exercícios e a prevenção de complicações associadas à perda de mobilidade e função. Incluem ainda imagens exemplificativas que ilustram cada exercício, facilitando a compreensão e execução correta, abrangendo exercícios músculo-articulares para melhoria da mobilidade, bem como treinos de equilíbrio essenciais para reduzir o risco de quedas. Estes exercícios são demonstrados em diferentes posições, realizados no leito, em posição sentada e, quando possível, em pé, de forma a adaptar a prática às capacidades individuais da pessoa e garantir segurança durante a execução. A combinação de instrução escrita e visual contribui para reforçar a aprendizagem, promovendo a adesão e a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar.

✓ Referenciação para UCC

A referenciação para a ECCI, integrada nas UCC, constitui um passo essencial na continuidade dos cuidados ao doente com perda de mobilidade e capacidade funcional. Este encaminhamento permite que a pessoa continue a receber cuidados especializados no domicílio, incluindo acompanhamento de enfermagem de reabilitação e suporte ao familiar cuidador, assegurando a manutenção das competências adquiridas durante a hospitalização e promovendo a prevenção de complicações associadas ao declínio funcional.

✓ Reavaliação no momento da alta

No momento da alta, é realizada uma reavaliação individual da pessoa doente, utilizando novamente os mesmos instrumentos aplicados na avaliação inicial — Índice de Barthel, Escala de Braden, Escala de Morse, MRCS, Escala de Avaliação do Equilíbrio (integrada no Sclínico), STS em 30s e TUGT. Esta abordagem permite monitorizar a evolução da mobilidade, força muscular, equilíbrio e capacidade funcional para as atividades de vida diária, permitindo avaliar a eficácia das intervenções realizadas durante o internamento.

✓ Avaliação do grau de satisfação das pessoas doentes/ familiares cuidadores com os cuidados de enfermagem de Reabilitação

Para aferir a percepção de qualidade e satisfação com os cuidados prestados, é aplicado a cada pessoa doente o Questionário de Satisfação com os cuidados de Enfermagem de Reabilitação (QSEnf-10) (Lopes, 2012), e preenchido com a ajuda do familiar cuidador. Este instrumento permite avaliar diferentes dimensões da satisfação com a prestação de cuidados de enfermagem, incluindo a clareza da comunicação, a competência técnica, a disponibilidade e o apoio recebido durante as intervenções de reabilitação. A aplicação do questionário fornece dados essenciais para identificar pontos fortes e oportunidades de melhoria, contribuindo para o aperfeiçoamento contínuo das práticas de Enfermagem de Reabilitação e para a capacitação de familiares cuidadores na continuidade dos cuidados após a alta hospitalar.

Fase de Pós-Alta

Atividades a desenvolver:

✓ Consulta de Enfermagem de FUp

Preconiza-se a realização de uma consulta de FUp 14 dias após a alta hospitalar, que permita monitorizar o progresso da pessoa, verificar a continuidade das intervenções de reabilitação e esclarecer qualquer dúvida que a pessoa doente ou o familiar cuidador possa ter.

✓ Verificação do cumprimento do plano de exercícios

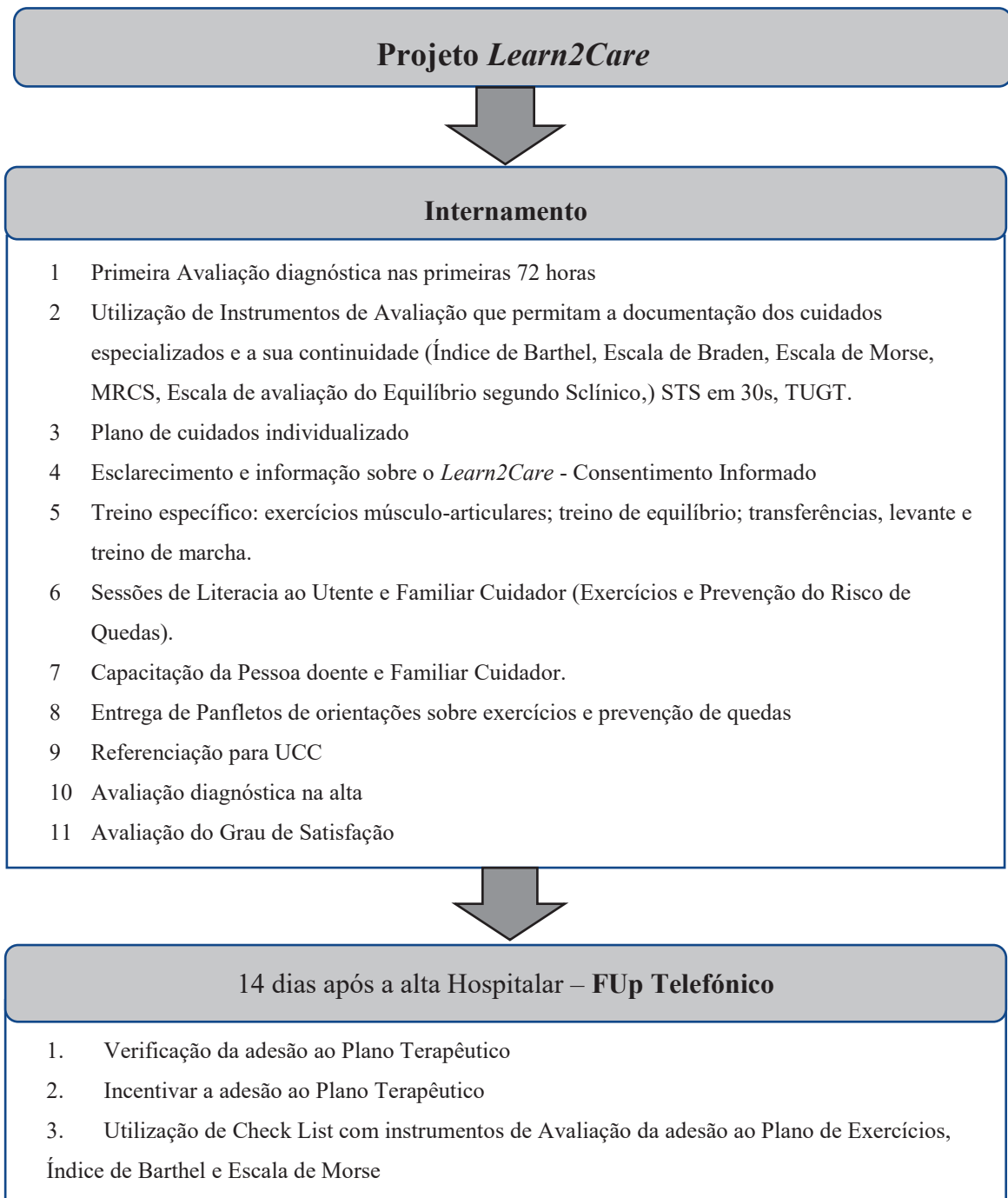
A utilização de uma Check-list criada para o efeito, que integra o Índice de Barthel, a Escala de Morse e uma grelha de adesão ao plano de exercícios, permite verificar o cumprimento do plano e oferecer orientações, sempre que necessário (Apêndice III).

✓ Monitorização de complicações

Despiste de eventuais sinais de complicações, como quedas, dores ou dificuldades com os exercícios, para garantir segurança e continuidade de cuidados adequados.

As etapas e estratégias sequenciais atrás referidas, encontram-se agora sistematizadas num algoritmo de intervenção que permite a sua representação visual (Figura 1).

Figura 1 – Algoritmo de intervenção do Projeto *Learn2Care*



2.3.6 – Recursos Necessários

Para a implementação deste projeto é necessário a utilização de recursos humanos, materiais e equipamentos.

A alocação adequada destes recursos constitui um requisito essencial para a implementação e sustentabilidade do projeto, permitindo assegurar que as intervenções sejam executadas com qualidade, segurança e eficiência, bem como garantir a obtenção dos resultados esperados.

Recursos humanos

Para a execução do projeto *Learn2Care*, são necessários, no mínimo, dois EEER, número que corresponde aos recursos humanos atualmente disponíveis, assegurando a realização das avaliações, intervenções e monitorização dos resultados ao longo de todo o processo, sendo o EEER responsável pela dinamização do projeto na fase de internamento e na realização da consulta de FUp.

Recursos materiais

Material para realizar os exercícios e técnicas de reabilitação funcional motora (RFM):
Pedaleiras, Bastões, Pesos/alteres 0,5 Kg; 1kg, 2kg

Dispositivos auxiliares de marcha: Andarilhos, Canadianas, Bengala, Tripé, Quadripé

Barras de apoio paralelas,

Espelho quadriculado.

Material educativo: panfletos com instrução e orientação para a realização de exercícios e técnicas de RFM e prevenção de complicações (Apêndice IV).

Equipamento

Equipamento de monitorização: monitor de sinais vitais, oximetria de pulso.

Instrumento de registo e monitorização do processo de reabilitação em suporte digital.

2.3.7 – Instrumentos de avaliação

A utilização de instrumentos de medida, permite evidenciar e quantificar os resultados obtidos pelas intervenções dos EEER. Tanto os EEER como as organizações de saúde

manifestam necessidade de utilização destes instrumentos de modo a uniformizar procedimentos, documentar os cuidados, dar continuidade aos mesmos e implementar projetos ao nível da investigação científica, permitindo a sua replicação, constituindo boas práticas em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Os Instrumentos de colheita de dados permitem ajudar a caracterizar a condição de saúde da pessoa com maior clareza do ponto de vista da resposta humana às transições decorrentes da dependência para a autonomia e/ou do processo terapêutico ou de desenvolvimento ao longo do ciclo de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

O projeto *Learn2Care* contempla a utilização dos Instrumentos de Avaliação que seguidamente são descritos de forma mais aprofundada.

Instrumentos de Avaliação

Índice de Barthel – Avalia o índice de independência da pessoa na realização de dez atividades básicas da vida diária, ou seja, aquilo que a pessoa é capaz de fazer no momento da avaliação sem qualquer tipo de ajuda, nomeadamente comer, higiene pessoal, uso de sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (tabela 2). Permite reportar indicadores relativamente à capacidade funcional de forma geral, em particular em cada atividade (Gomes, 2023). A pontuação mínima é de 0 (máxima dependência) e a pontuação máxima é de 100 (total independência) (tabela 3).

Tabela 2 – Índice de Barthel

Índice de Barthel (Sclínico)		
Grupos da escala	Itens	Score
Alimentar-se	Dependente	0
	Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	5
	Independente	10
Transferências	Dependente, não tem equilíbrio sentado	0
	Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	5

	Precisa de alguma ajuda	10
	Independente	15
Toalete	Dependente, necessita de ajuda	0
	Independente a fazer barba, lavar a cara, lavar os dentes	5
Utilização do WC	Dependente	0
	Precisa de alguma ajuda	5
	Independente	10
Banho	Dependente necessita de alguma ajuda	0
	Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	5
Subir e descer escadas	Dependente	0
	Precisa de ajuda	5
	Independente, com e sem ajudas técnicas	0
Vestir-se	Impossível	0
	Com ajuda	5
	Independente	10
Controlo intestinal	Incontinência ou precisa da ajuda de clisteres	0
	Acidente ocasional	5
	Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	10
Controlo urinário	Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algalia sozinho	0
	Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	5
	Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algalia sozinho	10
Mobilidade	Imóvel	0
	Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	5
	Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	10
	Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	15

O valor total varia entre 0 a 100, sendo que um total de 0-20: Dependência total; 21-60: Grave dependência; 61-90: Moderada dependência; 91-99: Muito leve dependência e 100: Independência

Tabela 3 – Pontuação e níveis de dependência do Índice de Barthel

Pontuação e níveis de dependência do índice de Barthel (Araújo et al., 2007)	
Pontuação	Nível de dependência
100	Independente
91-99	Dependência leve
61-90	Dependência moderada
21-60	Dependência grave
0-20	Dependência total

Escala de Braden – Avalia o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão (UP) (tabela 4). É constituída por seis dimensões: percepção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e forças de deslizamento. O score pode variar entre 6 (alto risco de desenvolver UP) e 23 (baixo risco de desenvolver UP), significando que quanto maior a pontuação menor o risco de desenvolver UP e resulta do somatório de cada subescala que varia entre 1 e 4 (menor valor, maior risco) (Gomes, 2023).

Tabela 4 – Escala de Braden

Escala de Braden (Scĺnico)		
Grupos de escala	Itens	Score
Percepção sensorial	Completamente limitada	1
	Muito limitada	2
	Ligeiramente limitada	3
	Nenhuma limitação	4

Humidade	Pele completamente húmida	1
	Pele muito húmida	2
	Pele ocasionalmente húmida	3
	Pele raramente húmida	4
Atividade	Acamado	1
	Sentado	2
	Anda ocasionalmente	3
	Anda frequentemente	4
Mobilidade	Completamente imobilizado	1
	Muito limitada	2
	Ligeiramente limitado	3
	Nenhuma limitação	4
Nutrição	Muito pobre	1
	Provavelmente inadequada	2
	Adequada	3
	Excelente	4
Fricção e forças de deslizamento	Problema	1
	Problema Potencial	2
	Nenhum problema	3
Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão		

Escala de Morse – Avalia o risco de queda e integra na sua estrutura seis itens de avaliação: antecedentes de queda / história de queda, diagnóstico secundário, apoio na deambulação, terapia endovenosa em perfusão, tipo de marcha e estado mental / perceção mental (Morse, 1985; Costa-Dias, Ferreira & Santos, 2014) (tabela 5). A pontuação varia de 0-125 pontos: sem risco (0-24 pontos), baixo risco (≥ 25 e ≤ 50 pontos) e alto risco (≥ 51 pontos). Deve ser avaliada no momento de admissão, sempre que ocorram alterações do estado clínico, em momentos de transferência intra ou inter-hospitalar e quando ocorre uma queda (Direção Geral da Saúde, 2019)."

Tabela 5 – Escala de Morse

Escala de Morse (Sclínico)	
Itens	Score
1 – Histórico de quedas (últimos 3 meses)	
- Não	0
- Sim	25
2 – Diagnóstico secundário	
- Não	0
- Sim	15
3 – Postura no andar e na transferência	
- Normal/Acamado/imóvel	0
- Debilitado	15
- Dependente de ajuda	30
4 – Terapia endovenosa	
- Não	0
- Sim	20
5 – Ajuda para caminhar	
- Nenhuma ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0
- Muletas/canadianas/bengala/andarrilho	10
- Apoia-se no mobiliário para andar	20
6 – Estado mental	
- Consciente das suas capacidades	0
- Esquece-se das suas limitações	15
Baixo risco – 0-24 pontos	
Médio risco – 25 a 50 pontos	
Elevado risco \geq 51	

Medical Research Council Scale (MRCS) – Avalia a força muscular, graduando os níveis de força entre: 0 (sem contração muscular palpável ou visível), 1 (contração palpável ou visível mas sem movimento do membro), 2 (movimento sem vencer a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular), 3 (movimento que vence a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular, mas não vence resistência), 4 (movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade) e 5 (força normal) (tabela 6). Esta graduação faz-se em relação ao máximo esperado para aquele músculo, através de resistência à mobilização ativa (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Tabela 6 – MRCS

Medical Research Council Muscle Scale (Sclínico)	
Grupos de escala	Força Muscular do membro
Itens	Score
Sem movimentos visíveis	0
Esboço de contração visível ou palpável, mas sem movimento	1
Movimenta a articulação, mas não vence a gravidade	2
Movimentos contra a gravidade, mas não vence a resistência	3
Movimentos ativos contra a gravidade e resistência. Força menor que o esperado	4
Força normal	5

Sit To Stand (STS) – Teste de sentar para levantar em 30 s. Foi desenvolvido para testar a força e a resistência das pernas em adultos mais velhos (Sampaio & Silva, s.d.). Segundo Read-Ellis (2022), o número de vezes que a pessoa se levanta, posicionado abaixo da média para a faixa etária, indica um alto risco de quedas (tabela 7).

Tabela 7 – Tabela de Referência das pontuações do STS em 30s

Idade	Homens	Mulheres
60-64	<14	<12
65-69	<12	<11
70-74	<12	<10
75-79	<11	<10
80-84	<10	<9
85-89	<8	<8
90-94	<7	<4
Número de vezes abaixo da média para a faixa etária indica um alto risco de quedas		

Escala de Avaliação do Equilíbrio Corporal (Sclínico) – A avaliação clínica do equilíbrio é essencial para identificar precocemente défices posturais e funcionalidade comprometida, fatores fortemente associados ao aumento do risco de quedas. De acordo com Mancini & Horak (2010), as ferramentas de avaliação funcional do equilíbrio ajudam não apenas a determinar a existência de um problema postural, mas também a elucidar as causas subjacentes dos défices, permitindo a definição de intervenções mais específicas e eficazes. A Escala de Avaliação do Equilíbrio Corporal (Sclínico) segue essa abordagem, avaliando o equilíbrio estático, dinâmico, o conhecimento e a capacidade de execução de técnicas posturais, o que orienta o enfermeiro para ações graduadas e personalizadas conforme o nível de comprometimento do paciente. Assim, esta avaliação constitui uma etapa fundamental no planeamento de cuidados de reabilitação seguros, eficazes e direcionados às necessidades reais da pessoa doente.

A Escala de Avaliação do Equilíbrio Corporal (Sclínico) permite não só identificar o nível de comprometimento do equilíbrio, mas também quantificá-lo por meio de um sistema de pontuação (score) (tabela 8). Este score é atribuído com base no desempenho do indivíduo em diferentes dimensões do equilíbrio - estático sentado, dinâmico sentado, ortostático estático e ortostático dinâmico, sendo a pontuação mais baixa indicativa de melhor desempenho. A combinação dos resultados obtidos em cada item permite classificar o indivíduo em diferentes níveis de diagnóstico: desde “sem equilíbrio corporal comprometido” até “equilíbrio corporal

comprometido, a um nível elevado”. Esta classificação é essencial para orientar intervenções de reabilitação direcionadas e monitorizar a evolução ao longo do tempo, garantindo uma abordagem personalizada e baseada em evidência (Mancini & Horak, 2010).

Tabela 8 – Escala de Avaliação do Equilíbrio Corporal (Sclínico)

Grupos da escala / itens	score	
	sim	não
Equilíbrio estático sentado	1	1000
Equilíbrio dinâmico sentado	1	100
Equilíbrio ortostático estático	1	10
Equilíbrio ortostático dinâmico	1	10
Itens – não obrigatórios – não alteram pontuação do score		
Diagnostico	score	
Sem equilíbrio corporal comprometido	4	
Equilíbrio corporal comprometido, em grau reduzido	13	
Equilíbrio corporal comprometido, em grau moderado	22-121	
Equilíbrio corporal comprometido, a um nível elevado	1120	

Timed Up and Go Test (TUGT) – Avalia a transferência da posição de sentado para a posição de pé, a passada, a estabilidade da caminhada, a capacidade de rotação sem desequilíbrio e avalia o risco de queda. Um idoso que demore <10s. a realizar o percurso, o teste é considerado normal; se demorar entre 10 a 19s. o teste revela risco moderado de queda;

se o tempo do percurso for $> 20s$ é considerado risco acentuado de queda (Souza, C., s.d.) (tabela 9).

Tabela 9 – TUGT

Timed Up and Go Test (TUGT)		
Procedimento		
<p>A pessoa deverá estar sentada numa cadeira com apoio lateral de braço. Solicite à pessoa que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se levante sem se apoiar nas laterais da cadeira, ➤ Caminhe 3 metros, ➤ Vire 180°, ➤ Volte ao ponto de partida e senta-se novamente. 		
Resultados		
Tempo do percurso (_____ s) Observações: _____		
Pontuação		
Tempo do percurso: $< 10s$		O teste é considerado normal
Tempo do percurso: 10 a 19s		Risco moderado de queda
Tempo do percurso: $\geq 20s$		Risco acentuado de queda
Não pode executar por motivos de ordem motora (não se consegue levantar), ou cognitiva (dificuldade em entender as orientações para a realização do teste)		O teste está alterado

2.3.8 – Indicadores de Avaliação

A avaliação do Projeto *Learn2Care* seguiu o modelo de Donabedian (1966), utilizando indicadores de estrutura, processo e resultado, conforme recomendações da Ordem dos Enfermeiros (2007; 2015). O documento de 2007 fundamenta a metodologia geral de avaliação

em saúde, enquanto o Core de Indicadores de 2015 fornece referência específica para cuidados de enfermagem de reabilitação, permitindo aferir a adequação de recursos, a execução das atividades planeadas e os impactos na população-alvo.

Indicadores de Estrutura: mensuram os recursos físicos, humanos e materiais disponíveis para a implementação do projeto. No Projeto *Learn2Care*, incluem:

- ✓ Número de pessoas doentes abrangidas;
- ✓ Número de familiares cuidadores abrangidos;
- ✓ Número de materiais educativos disponibilizados: 3 panfletos – dois dedicados à realização de exercícios (um guia para exercícios na posição de deitado e outro na posição de sentado e em pé) e outro sobre prevenção de quedas.

Indicadores de Processo: avaliam as atividades e intervenções realizadas, verificando se foram executadas conforme o planeado, e incluem:

- ✓ Percentagem de pessoas que realizam corretamente os exercícios no momento da alta;
- ✓ Percentagem de pessoas com plano de reabilitação documentado;
- ✓ Percentagem de pessoas que aderem ao follow-up telefónico;
- ✓ Percentagem de pessoas monitorizadas no pós-alta.

Indicadores de Resultado: medem os efeitos e impactos do projeto na população-alvo, refletindo mudanças no estado de saúde, funcionalidade ou satisfação e incluem:

- ✓ Percentagem de pessoas com evolução funcional favorável;
- ✓ Percentagem de adesão ao plano de exercícios no pós-alta;
- ✓ Grau de satisfação com a implementação do projeto.

2.4 – Implementação do Projeto *Learn2Care*

A implementação de um projeto de intervenção numa Unidade Hospitalar, tal como em qualquer outra organização, deve obedecer a princípios éticos, legais e científicos bem

definidos, em consonância com as orientações das autoridades reguladoras nacionais e internacionais.

Para tal, reuniram-se os documentos essenciais e desencadearam-se os procedimentos necessários para a submissão e avaliação de estudos e projetos de investigação clínica no âmbito da Unidade Hospitalar, que garantam a qualidade, a transparência e a conformidade com os normativos em vigor, assegurando uma boa articulação entre os investigadores, os serviços envolvidos e as instâncias de supervisão ética e científica.

Neste sentido, antes da implementação do Projeto *Learn2Care* foi dado cumprimento ao estabelecido no plano orientador para a realização de Estudos/Projetos de Investigação Clínica na Unidade Hospitalar em causa, tendo sido submetidos os documentos requeridos à Unidade de Investigação e ao parecer da Comissão de Ética para a Saúde (CES). Como tal foram enviados:

- ✓ Um requerimento dirigido ao Presidente do Conselho de Administração da Unidade Hospitalar, solicitando autorização para a realização do referido Projeto
- ✓ Uma minuta com o preenchimento do curriculum vitae dos investigadores
- ✓ O Curriculum Vitae da Orientadora
- ✓ Apresentação do Protocolo do estudo clínico ou projeto de investigação clínica
- ✓ Resumo do projeto de Investigação
- ✓ Declaração de Orientação na Realização de Estudo (consentimento do orientador para orientar no estudo)
- ✓ Declaração de Compromisso de Anonimato e Confidencialidade
- ✓ Declaração de concordância com realização de Estudo - Diretores/ Coordenadores de Serviço
- ✓ Declaração de concordância com realização de Estudo - Enfermeiro Gestor/ Responsável
- ✓ Consentimento Informado – Estudos de Investigação
- ✓ Declaração de Ausência de Financiamento
- ✓ Declaração de Compromisso de apresentação dos resultados e conclusões à instituição.
- ✓ Declaração para colaboração na Realização do Estudo (consentimento de outros profissionais para participar no desenvolvimento do projeto)
- ✓ Documento com Instrumentos para recolha de dados necessários (Anexo I)

Após apreciação cuidadosa da Comissão de Ética da instituição, foi emitido parecer favorável para a sua implementação (Anexo II), tendo posteriormente o Conselho de Administração deliberado a autorização para a realização do Projeto *Learn2care* (Anexo III).

2.4.1 – Considerações e Procedimentos Éticos

O projeto *Learn2Care* cumpriu todos os pressupostos éticos e legais aplicáveis, assegurando a proteção, confidencialidade e dignidade dos participantes. Todos os dados foram tratados de forma confidencial e o estudo não apresentou riscos para os participantes.

Consentimento informado

Com vista à obtenção do consentimento informado dos intervenientes, foi dado a conhecer à pessoa-alvo, ao representante legal e/ou ao familiar cuidador o Projeto *Learn2Care* e todas as informações inerentes ao mesmo, tendo sido entregue uma cópia do documento (Anexo IV). O consentimento foi obtido de forma livre e voluntária, garantindo que os participantes compreendessem que a sua adesão não implicaria custos e que poderiam beneficiar dos cuidados e intervenções propostas.

Anonimato

Os dados obtidos serão mantidos em sigilo, sendo estes codificados de forma anonimizada (através da atribuição de um código individual que impede a identificação dos participantes) pelo investigador responsável e introduzidos na base de dados, cujo acesso, através de uma palavra passe segura, é apenas acessível ao investigador responsável, de forma a garantir o anonimato e confidencialidade dos dados dos participantes e metodologia utilizada.

Armazenamento dos Dados e Segurança

Os dados recolhidos são introduzidos numa base de dados, numa folha do programa SPSS (versão 29), não permitindo a identificação dos participantes. O acesso a estes dados será limitado ao investigador através de uma palavra passe segura respeitando assim a confidencialidade dos mesmos. A base de dados será armazenada na plataforma OneDrive institucional com link de acesso e respetiva palavra passe, de acordo com os requisitos do Regulamento Geral de Proteção de Dados (União Europeia, 2016), e das Normas da Comissão Nacional de Proteção de Dados (Portugal, 1998).

Foram e serão integralmente respeitadas as normas éticas internacionalmente aceites, nomeadamente a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo, bem como a legislação nacional de investigação clínica em vigor, garantindo a dignidade, os direitos e a proteção dos participantes em todas as fases do estudo.

2.4.2 – Recolha de Dados

Reunidas todas as condições, procedeu-se à implementação do Projeto *Learn2Care*, com a recolha de dados segundo a metodologia escolhida e descrita (Anexo I).

Em conformidade com o projeto aprovado, os dados referentes à avaliação diagnóstica foram recolhidos pela investigadora, através da consulta do processo clínico, no primeiro contacto com os participantes e na avaliação inicial (tabela 10).

Tabela 10 – Recolha de Dados

Tipo de informação		Forma de acesso à informação (b)	Quem acede à informação (c)
Categoria de dados (a)	Descrição		
Dados sociodemográficos	Idade, género, raça, estado civil, escolaridade, profissão.	Consulta de registo clínico, Contacto com a pessoa de referência.	Investigador principal

Dados referentes à avaliação multidimensional	Índice de Barthel, Escala de Braden, Escala de Morse, MRCS, Escala de avaliação do Equilíbrio, STS em 30 s, TUGT	Utilização de Escalas do Sclínico (Índice de Barthel, Escala de Braden, Escala de Morse, MRCS, Escala de avaliação do Equilíbrio) e outros testes STS em 30 s, TUGT.	Investigador principal
Dados referentes ao grau de satisfação	Questionário de Satisfação com os cuidados de Enfermagem (QSEnf – 10)	Utilização do Questionário de Satisfação com os cuidados de Enfermagem (QSEnf – 10)	Investigador principal

2.4.3 – Apresentação dos resultados

No período compreendido entre 29/05/2025 e 31/07/2025, foram abrangidos pelo Projeto “*Learn2Care*” um total de 19 pessoas internadas, que reuniam os critérios de integração no projeto.

Caraterização Sociodemográfica

A amostra é constituída por 19 pessoas internadas, com idades compreendidas entre os 53 e os 97 anos, com uma média de 84,0 anos (DP = 9,8 anos), o que indica que é maioritariamente constituída por pessoas idosas, o que se compreende face ao contexto de estudo.

No que concerne à distribuição por género, a amostra é constituída maioritariamente por indivíduos do sexo masculino, representando 52,6% dos participantes, enquanto 47,4% são do sexo feminino. A maioria dos participantes era casada (57,9%) e 42,1% eram viúvos.

Em relação à constituição do agregado familiar, a maioria dos participantes (78,9%) vive acompanhada, especificamente, 42,1% vive com os filhos e 36,8% com o respetivo cônjuge. Destaca-se que 15,8% destas pessoas vive sozinha com o apoio de um cuidador e 5,3% vive com netos.

No que diz respeito ao nível de instrução, a maior parte da amostra (78,9%) sabe ler e escrever, enquanto 21,1% não possuíam qualquer nível de alfabetização. A grande maioria encontra-se reformada (94,7%), não exercendo atualmente qualquer atividade.

Relativamente ao destino após a alta, apurou-se que a grande maioria das pessoas (78,9%) iria regressar ao domicílio, enquanto que 15,8% iria para casa dos filhos e 5,3% iria integrar uma UCC. Em 63,2% dos casos, foi feita referenciação para ECCI, integradas na UCC.

Relativamente às sessões de capacitação direcionadas ao familiar cuidador, apurou-se que a maioria (63,2%) apenas receberam um ensino, existindo necessidade de fazer uma segunda sessão em 26,3% dos casos e uma terceira em 10,5% dos casos.

Perfil funcional

Relativamente à força muscular (MRCS) e Independência funcional (Índice de Barthel) (Tabela 11), verificou-se que no primeiro momento de avaliação os participantes apresentavam valores médios que indicavam graves défices nas dimensões estudadas. Porém, após a intervenção do Enfermeiro de Reabilitação obteve-se uma melhoria na média de valores da força muscular (passando de 4,00 para 4,11 e um aumento na média de valores de Independência funcional (passando de 49,47 para 61,84). Da análise inferencial conclui-se ainda que existem associações estatisticamente significativas entre os dois momentos de avaliação (antes e após a intervenção) relativamente à força muscular ($t=0,726$; $p<0,001$) e à Independência funcional ($t=0,657$; $p=0,002$).

Tabela 11 – Resultados obtidos na MRCS e Índice de Barthel na 1ª e 2ª Avaliação

		N	Min.	Máx.	M	DP	t	p
Força Muscular (MRCS) (amplitude 0-5)	1ª Avaliação	19	0	5	4,00	0,67	0,726	<0,001
	2ª Avaliação	19	0	5	4,11	0,46		
Independência Funcional (Índice de Barthel) (amplitude 1-100)	1ª Avaliação	19	10	85	49,47	18,55	0,657	0,002
	2ª Avaliação	19	35	95	61,84	17,18		

M = média; DP = desvio-padrão; t = teste de t-Student; p = nível de significância.

No que concerne ao equilíbrio (Escala de avaliação do Equilíbrio) (Tabela 12), verificaram-se piores resultados no primeiro momento de avaliação, obtendo-se uma melhoria do equilíbrio após a intervenção do Enfermeiro de Reabilitação (com 21,1% dos participantes a registar um score 4 na primeira avaliação, aumentando esse valor percentual para 42,1% na segunda avaliação). A análise inferencial permitiu concluir que não existem associações estatisticamente significativas entre os dois momentos de avaliação do equilíbrio (antes e após a intervenção) ($H=4,430$; $p=0,109$).

Tabela 12 – Resultados obtidos na Escala de avaliação do Equilíbrio na 1ª e 2ª Avaliação

		Score	f	%	H	p
Equilíbrio (Escala de avaliação do Equilíbrio) (amplitude 4-1120)	1ª Avaliação	4	4	21,10	4,430	0,109
		13	12	63,2		
		22	2	10,5		
		112	1	5,3		
	2ª Avaliação	4	8	42,1		
		13	10	52,6		
112		1	5,3			

f = frequência absoluta; *H* = Kruskal-Wallis; *p* = nível de significância

Relativamente ao risco de queda (Escala de Morse) e risco de desenvolvimento de UP (Escala de Braden) (Tabela 13), verificou-se que no primeiro momento de avaliação os participantes apresentavam valores médios que indicavam um maior risco nas dimensões estudadas. Porém, após a intervenção do EEER obteve-se uma melhoria na média de valores do risco de queda (passando de 55,79 para 48,42), e um aumento na média de valores do risco de desenvolvimento de UP (passando de 14,68 para 16,53). A análise inferencial revelou a existência de associações estatisticamente significativas entre os dois momentos de avaliação (antes e após a intervenção) relativamente ao risco de queda ($t=0,731$; $p<0,001$) e risco de desenvolvimento de UP ($t=0,547$; $p=0,015$).

Tabela 13 – Resultados obtidos na Escala de Morse e Escala de Braden na 1ª e 2ª Avaliação

		N	Min.	Máx.	M	DP	t	p
Risco de queda (Escala de Morse) (amplitude 0-125)	1ª Avaliação	19	35	100	55,79	22,87	0,731	<0,001
	2ª Avaliação	19	15	90	48,42	19,51		
Risco de UP (Escala de Braden) (amplitude 6-23)	1ª Avaliação	19	9	19	14,68	2,75	0,547	0,015
	2ª Avaliação	19	12	20	16,53	2,04		

M = média; *DP* = desvio-padrão; *t* = teste de t-Student; *p* = nível de significância

No que se reporta à capacidade de sentar e levantar e velocidade e qualidade da marcha (tabela 14), verificou-se que no primeiro momento de avaliação os participantes apresentavam valores médios que indicavam uma séria afetação nas dimensões estudadas. Após a intervenção do EEER obteve-se uma melhoria na média de valores do STS (passando de 3,58 para 5,68), e na média de valores do TUGT (passando de 44,10 para 29,13). A análise inferencial revelou a existência de associações estatisticamente significativas entre os dois momentos de avaliação (antes e após a intervenção) relativamente à capacidade de sentar e levantar ($t=0,863$; $p<0,001$) e velocidade e qualidade da marcha ($t=0,870$; $p<0,001$).

Tabela 14 – Resultados obtidos nos testes de avaliação do desempenho funcional na 1ª e 2ª Avaliação

		N	Min.	Máx.	M	DP	t	p
STS em 30 s	1ª Avaliação	19	0	13	3,58	4,25	0,863	<0,001
	2ª Avaliação	19	0	12	5,68	4,79		
TUGT	1ª Avaliação	19	0,00	128,00	44,10	33,09	0,870	<0,001
	2ª Avaliação	19	9,11	118,00	29,13	21,43		

M = média; *DP* = desvio-padrão; *t* = teste de t-Student; *p* = nível de significância

Verificou-se que existe uma correlação positiva entre a força muscular (MRCS) e a independência funcional (índice de Barthel) ($r=0,584$; $p=0,009$) (tabela 15).

Tabela 15 – Tabela de correlação entre a MRCS e o Índice de Barthel

Variáveis comparadas	<i>r</i>	<i>p</i>
MRCS x Índice de Barthel (1ª Avaliação)	0,584**	0,009

** . A correlação é significativa no nível 0,01

Resultados do FUp

As consultas de FUp realizadas após a alta hospitalar permitiram apurar uma adesão de 100% ao plano de exercícios recomendados pelo EEER, com a totalidade dos participantes a fazer marcha diariamente, dos quais, 31,6% necessitava de andador, 26,3% utilizava apenas 1 cana e 10,5% necessitava de 2 canas. De realçar que 31,6% dos participantes não necessitava de auxiliares de marcha.

No que concerne à distância percorrida, destaca-se que 31,6% destas pessoas consegue percorrer até 100 m, 26,3% até 500m e 15,8% dos participantes percorreu uma distância superior da 500m. De realçar que 10,5% dos participantes refere apenas percorrer uma distância inferior a 20 m. Relativamente à capacidade para subir e descer escadas, apenas 42,1% dos participantes refere fazê-lo.

Relativamente à Independência funcional (Índice de Barthel) (Tabela16), verificou-se uma melhoria do desempenho após a intervenção do EEER, obtendo-se uma melhoria na média de valores ao longo das três avaliações (49,47; 61,84 e 82,6, respetivamente). A análise inferencial permitiu concluir que existe uma associação estatisticamente significativa entre os três momentos de avaliação (antes, após a intervenção e FUp) relativamente à independência funcional ($F=33,364$; $p<0,001$).

Tabela 16 – Resultados obtidos no Índice de Barthel na 1ª, 2ª e 3ª Avaliação

		<i>N</i>	Min.	Máx.	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Independência Funcional (Índice de Barthel) (amplitude 1-100)	1ª Avaliação	19	10	85	49,47	18,55	33,364	<0,001
	2ª Avaliação	19	35	95	61,84	17,18		
	3ª Avaliação (FUp)	19	45	100	82,6	15,93		

M = média; *DP* = desvio-padrão; *F* = teste de Friedman; *p* = nível de significância.

No que concerne ao risco de queda (Escala de Morse) (Tabela 17), verificou-se uma evolução favorável desde a 1ª avaliação até ao FUp obtendo-se uma melhoria na média de valores nessas avaliações (55,79 e 31,32, respetivamente). A análise inferencial permitiu concluir que existe uma associação estatisticamente significativa entre os dois momentos de avaliação (antes da intervenção e no FUp) relativamente ao risco de queda ($t=1,368$; $p<0,001$).

Tabela 17 – Tabela de correlação entre a Escala de Morse na 1ª e 3ª Avaliação

		<i>N</i>	Min.	Máx.	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Risco de queda (Escala de Morse) (amplitude 0-125)	1ª Avaliação	19	35	100	55,79	22,87	1,368	<0,001
	3ª Avaliação (FUp)	19	15	55	31,32	10,78		

M = média; *DP* = desvio-padrão; *t* = teste de t-Student; *p* = nível de significância

Apurou-se ainda que existe uma correlação positiva entre a independência funcional (índice de Barthel) e a distância percorrida ($r=0,793$; $p<0,001$) (tabela18).

Tabela 18 – Tabela de correlação entre o Índice de Barthel (FUp) e a distância percorrida

Variáveis comparadas	r	p
Índice de Barthel (FUp) X distância percorrida	0,793**	<0,001

** . A correlação é significativa no nível 0,01

Nível de satisfação com os cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Relativamente à satisfação com os cuidados de enfermagem de reabilitação, apurou-se uma elevada satisfação associada às relações interpessoais estabelecidas, interesse demonstrado relativamente à sua pessoa, capacidade de reconforto, clareza e quantidade da informação recebida e profissionalismo demonstrado, em 94,7 % dos participantes (Tabela 19).

Em 89,5% dos casos foi manifestada muita satisfação com a coorganização no trabalho da equipa de enfermagem e o relacionamento entre os enfermeiros; 84,2 % dos participantes ficaram muito satisfeitos com o tempo dedicado à sua pessoa, e 78,9 ficaram igualmente muito satisfeitos relativamente à rapidez das respostas às suas solicitações.

Nenhum dos participantes referiu ter ficado pouco satisfeito, e nem nada satisfeito.

Tabela 19 – Resultados referentes à satisfação com os cuidados de Enfermagem de Reabilitação (QSEnf-10)

O que pensa dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação que recebeu, tendo em conta:	Muito satisfeito		Satisfeito		Pouco satisfeito		Muito insatisfeito	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Relações interpessoais relativamente a si (delicadeza, respeito, simpatia, paciência, cuidado, etc...)	18	94,7	1	5,3	0	0	0	0

Interesse demonstrado a si como pessoa e não apenas pela sua doença.	18	94,7	1	5,3	0	0	0	0
Capacidade de reconforto (apoio que recebeu)	18	94,7	1	5,3	0	0	0	0
Tempo dedicado a si	16	84,2	3	15,8	0	0	0	0
Rapidez nas respostas às suas solicitações	15	78,9	4	21,1	0	0	0	0
Clareza da informação que recebeu	18	94,7	1	5,3	0	0	0	0
Quantidade de informação que recebeu	18	94,7	1	5,3	0	0	0	0
Profissionalismo demonstrado (capacidade, precisão, etc...)	18	94,7	1	5,3	0	0	0	0
Coorganização no trabalho da equipa de enfermagem	17	89,5	2	10,5	0	0	0	0
Relacionamento entre os enfermeiros (harmonia, colaboração, boa disposição)	17	89,5	2	10,5	0	0	0	0

2.4.4 – Discussão dos Resultados

A análise dos resultados obtidos no projeto *Learn2Care* evidencia melhorias significativas na independência funcional, mobilidade, risco de queda e risco de desenvolvimento de úlceras de pressão após a intervenção do EEER. Estes achados serão agora discutidos em confronto com a evidência científica existente.

Caracterização sociodemográfica

A amostra revelou uma população maioritariamente idosa, com uma média de idade de 84 anos. Estes dados são consistentes com os reportados no estudo de Limão e Martins (2021),

cuja amostra se enquadrava numa faixa etária próxima, com uma média de idade de 77 anos. Em ambos os estudos se analisaram programas de enfermagem de reabilitação, dirigidas sobretudo a pessoas doentes idosas, com elevado risco de declínio funcional. Também os baixos níveis de escolaridade encontrados refletem a realidade sociocultural portuguesa, o que é corroborado por Limão e Martins (2021).

Ganhos funcionais e independência

Nesta investigação, verificaram-se melhorias estatisticamente significativas após a intervenção do EEER em múltiplos domínios funcionais. A força muscular (MRCS) apresentou progressos relevantes, em paralelo com aumentos consistentes na independência funcional medida pelo Índice de Barthel (49,47 para 61,84 após intervenção e 82,6 no FUp). Estes ganhos sustentados reafirmam a pertinência e eficácia das estratégias de reabilitação.

Estes resultados contrastam com os de Mendes et al. (2023), que evidenciaram um declínio funcional significativo nos idosos hospitalizados, com redução do score médio do Índice de Barthel entre a admissão e a alta. No Projeto *Learn2Care*, ao contrário, verificou-se não só uma melhoria da independência funcional e do desempenho físico durante o internamento, como também a manutenção e ampliação desses ganhos até ao FUp.

Também se observaram melhorias na capacidade de sentar e levantar (STS: 3,58 para 5,68 repetições/30s) e na velocidade e qualidade da marcha (TUGT: 44,10 para 29,13s), reforçando os ganhos em mobilidade e autonomia. Estes resultados são corroborados por Queiroz et al. (2023) que demonstraram uma correlação moderada e estatisticamente significativa entre o desempenho no TUGT e no teste de sentar e levantar ($r=0,606$; $p<0,001$), evidenciando que ambos os instrumentos são sensíveis para avaliar a força e a funcionalidade em idosos.

Assim, a melhoria de desempenho observada em simultâneo no TUGT e no STS verificada neste estudo, está em consonância com a literatura, que aponta que indivíduos com melhor desempenho no TUGT também apresentam maior capacidade funcional no STS. Tal associação reforça a relevância do programa de Enfermagem de Reabilitação na promoção da mobilidade, uma vez que estes ganhos traduzem benefícios tanto na força muscular como na segurança da marcha, impactando diretamente na prevenção de quedas e na autonomia nas AVD.

A evolução verificada ao nível do equilíbrio, avaliado pela Escala de Equilíbrio, apresentou uma tendência positiva, apesar de ter apresentado menor expressão estatística, o

que, em conjunto com a melhoria significativa no TUGT e no STS, sugere um efeito abrangente da intervenção sobre diferentes dimensões da funcionalidade.

Adicionalmente, foi observada uma correlação positiva entre a força muscular (MRCS) e a independência funcional (Índice de Barthel) ($r=0,584$; $p=0,009$), bem como entre a independência funcional e a distância percorrida no FUp ($r=0,793$; $p<0,001$). Estes resultados sublinham a importância do treino muscular e da marcha como determinantes para a manutenção da autonomia nas AVD. Resultados semelhantes foram reportados por Limão e Martins (2021), que igualmente identificaram ganhos no equilíbrio, marcha e independência funcional após programas de exercícios de reabilitação.

Enquanto Mendes et al. (2023) destacam que o internamento hospitalar, por si só, representa um fator de risco para a perda funcional, os dados desta investigação demonstram que a implementação precoce e personalizada de estratégias de reabilitação pode mitigar e até reverter esses efeitos adversos. Este contraste reafirma a relevância do EEER na prevenção do declínio funcional. Enfatiza-se ainda que ambos os estudos convergem, na defesa da necessidade de reforço de recursos humanos especializados em Enfermagem de Reabilitação, reconhecendo o papel central destes profissionais na recuperação, segurança e qualidade de vida do idoso hospitalizado.

Continuidade de cuidados e adesão

Esta investigação revelou uma adesão total (100%) ao plano de exercícios recomendado, dados obtidos através da realização dos FUps telefónicos. Todos os participantes realizavam marcha diariamente, embora com diferentes níveis de apoio (31,6% necessitava de andador, 26,3% utilizava apenas uma canadiana, 10,5% usava duas canadianas e 31,6% não necessitava de auxiliares de marcha) e alguma heterogeneidade relativamente à distância percorrida, com participantes a alcançar desde menos de 20 m até mais de 500 m, com uma percentagem expressiva (42,1%) de pessoas a conseguir subir e descer escadas. Estes dados indicam que, ao prolongar o apoio do enfermeiro de reabilitação para o contexto domiciliário, é possível potenciar e consolidar os ganhos funcionais, aspeto que não foi explorado no estudo de Limão e Martins (2021), cuja intervenção se limitou ao período de internamento.

Mobilidade segura, quedas e úlceras de pressão

Após a intervenção do EEER, registou-se uma redução significativa no risco de queda (Escala de Morse: 55,79 para 48,42 após intervenção e 31,3 no FUp; $p<0,001$) e uma melhoria no risco de desenvolvimento de úlceras de pressão (Escala de Braden: 14,68 para 16,53;

$p=0,015$). Estes resultados traduzem um impacto positivo de estratégias como mobilização precoce, treino de equilíbrio e marcha e capacitação dos cuidadores.

O estudo desenvolvido por Nicoli et al. (2024) oferece suporte a estes resultados, ao identificar fatores de risco modificáveis (equilíbrio, força muscular, qualidade da marcha e padrão de sono) como determinantes da mobilidade segura, reforçando que a intervenção sobre estes fatores pode reduzir complicações, o que vai ao encontro dos resultados do presente estudo. De acordo com os mesmos autores, existem lacunas na literatura no que concerne à definição de estratégias operacionais de mobilidade segura, destacando constrangimentos institucionais, como a falta de recursos e capacitação profissional. No contexto da presente investigação, é acrescentada evidência empírica que permite demonstrar que, mesmo em cenários com limitações estruturais, a intervenção do EEER produz ganhos mensuráveis na redução de quedas e úlceras de pressão.

Satisfação dos participantes

Este estudo evidenciou um elevado nível de satisfação relativamente aos cuidados de enfermagem de reabilitação recebidos, destacando-se que 94,7% dos participantes referiram estar muito satisfeitos com aspetos relacionados com as relações interpessoais, clareza da informação e profissionalismo da equipa. Percentagens igualmente elevadas de satisfação foram observadas na coorganização do trabalho da equipa de enfermagem (89,5%) e no tempo dedicado ao doente (84,2%), dados que reforçam a qualidade e a pertinência da intervenção do EEER, evidenciando que o valor das intervenções do EEER vai além dos ganhos funcionais, estendendo-se à perceção subjetiva da qualidade dos cuidados.

Resultados semelhantes foram alcançados nos estudos de Monteiro et al. (2021), que identificaram igualmente elevados níveis de satisfação dos doentes submetidos a programas de reabilitação motora, nomeadamente nas dimensões “Qualidade no atendimento” e “Ambiente Terapêutico”. Tal como no presente estudo, também na investigação de Monteiro et al. (2021) não se registaram respostas nos níveis mais baixos de satisfação, o que reforça a consistência de evidências quanto à perceção globalmente positiva dos cuidados especializados de reabilitação.

A confrontação dos resultados deste estudo com a literatura confirma que uma abordagem centrada na pessoa doente, aliada à capacitação do cuidador e à continuidade dos cuidados, constitui um caminho eficaz para promover mobilidade segura, prevenir complicações e maximizar a independência funcional.

Implicações para a prática clínica

Os resultados do projeto *Learn2Care* sugerem que a intervenção sistemática e estruturada do EEER deve ser considerada uma prioridade na organização dos serviços de saúde que acolhem populações idosas. A implementação de estratégias de mobilização precoce, associadas à capacitação de familiares cuidadores e à continuidade de cuidados no domicílio, traduz-se em benefícios mensuráveis tanto para as pessoas doentes como para o sistema de saúde, ao reduzir riscos, prevenir complicações e promover uma recuperação funcional mais rápida e sustentada.

Os dados que derivam da presente investigação vêm reforçar a evidência existente, sugerindo que as intervenções de enfermagem de reabilitação devem ser prioritárias, ao nível da organização dos cuidados de saúde, o que poderá vir a ser potencializado pela utilização de tecnologias de telemonitorização e programas comunitários de reabilitação, que se constituem como áreas promissoras num futuro próximo.

Limitações do estudo

Ainda que os resultados sejam promissores, importa reconhecer limitações que afetam a generalização dos resultados, tais como a reduzida dimensão e o carácter não probabilístico da amostra. Outra limitação está relacionada com o facto de o estudo ter sido realizado numa única instituição.

Adicionalmente, o período de realização do FUp foi limitado, não permitindo avaliar os efeitos a médio e longo prazo da intervenção. Estas limitações apontam para a necessidade de futuros estudos multicêntricos, com amostras mais alargadas e diversificadas, que permitam validar e expandir os resultados aqui obtidos.

Considerações finais

Esta investigação confirma que a intervenção do EEER é determinante para a melhoria dos resultados em saúde da pessoa idosa hospitalizada. Os ganhos em mobilidade, independência funcional, segurança e satisfação sustentam a necessidade de reforçar recursos humanos especializados e de garantir estratégias de continuidade após a alta, consolidando a Enfermagem de Reabilitação como eixo fundamental na promoção da qualidade de vida em contextos hospitalares e comunitários.

Para além dos benefícios individuais, os resultados deste estudo evidenciam o potencial impacto organizacional e social da Enfermagem de Reabilitação, ao contribuir para o fortalecimento da autonomia da pessoa idosa e a redução de ocorrência de complicações e reinternamentos. Neste sentido, torna-se imperativo o reconhecimento e promoção de programas estruturados, no âmbito da Enfermagem de Reabilitação, nos planos estratégicos das organizações, assegurando uma resposta adequada aos desafios do envelhecimento populacional.

2.4.5 – Divulgação dos resultados em Eventos científicos

Durante o período de realização do presente Trabalho de Projeto, surgiu a oportunidade de participar em eventos científicos, que permitiram a divulgação do trabalho que ia sendo produzido. Como tal participei no:

- ✓ *II Congresso Internacional A Família no Epicentro da Enfermagem de Saúde Familiar*, no qual foi apresentado um Poster intitulado: “Capacitação do Familiar Cuidador da Pessoa com diminuição da mobilidade e capacidade funcional” (Anexo V);
- ✓ *4º Congresso Internacional / 6º Congresso Nacional da ACEPS, Cidadania em Saúde: Barómetro Social e Humano: Novos desafios no cuidar com humanidade*, com a apresentação do Poster intitulado: “A capacitação do familiar cuidador: aspeto essencial para continuidade de cuidados” (Anexo VI),
- ✓ *I Congresso Nacional de Saúde Pública e Comunitária*, com a apresentação do Poster intitulado: “Capacitação do doente com alteração da mobilidade e funcionalidade agravada durante o internamento - Projeto de melhoria contínua” (Anexo VII).

Conclusão

O envelhecimento populacional, associado ao aumento da prevalência de doenças crónicas e do número de hospitalizações em idade avançada, constitui um dos maiores desafios atuais para os sistemas de saúde. A imobilidade e as suas complicações, como o declínio funcional, quedas e úlceras de pressão, assumem um impacto particularmente relevante na população idosa, não só pelos custos clínicos e sociais, mas também pela sobrecarga para os familiares cuidadores e serviços de saúde. Neste enquadramento, a Enfermagem de Reabilitação, e em particular a intervenção do EEER, revela-se fundamental para prevenir perdas funcionais, promover ganhos em saúde e assegurar continuidade de cuidados.

Este trabalho partiu de um diagnóstico de situação que evidenciou a vulnerabilidade de pessoas doentes idosas hospitalizadas em relação à perda de funcionalidade e ao risco de complicações decorrentes da imobilidade. Neste sentido, foi delineado o “*Learn2Care*”, um Projeto de intervenção no domínio da Enfermagem de Reabilitação, assente em estratégias de mobilização precoce, fortalecimento muscular, treino de equilíbrio, treino da marcha e capacitação de familiares cuidadores, com monitorização através de instrumentos validados e de FUp após a alta.

Os resultados obtidos foram consistentes, traduzindo claramente os benefícios decorrentes da intervenção do EEER. Verificaram-se melhorias significativas na independência funcional e na mobilidade, com aumento progressivo dos valores no Índice de Barthel e redução expressiva dos tempos no TUGT, bem como um melhor desempenho no STS em 30s. Estes indicadores traduzem ganhos objetivos ao nível da força muscular, do equilíbrio e da autonomia nas atividades de vida diária. Paralelamente, constatou-se uma redução estatisticamente significativa no risco de quedas (Escala de Morse) e uma melhoria nos scores da Escala de Braden, revelando um impacto positivo também na prevenção de complicações cutâneas.

Um aspeto diferenciador deste projeto foi o acompanhamento proporcionado através do FUp telefónico, que revelou uma taxa de adesão máxima (100%) ao plano de exercícios recomendado. Esta dimensão de acompanhamento revelou-se determinante para a consolidação dos ganhos obtidos em contexto hospitalar e para a promoção da segurança e autonomia no domicílio, indo ao encontro das atuais recomendações sobre a necessidade de continuidade de cuidados, vigilância e monitorização.

A elevada satisfação reportada pelos participantes relativamente aos cuidados recebidos reforça, ainda mais, a importância de uma prática centrada na pessoa e na relação terapêutica, aspetos que contribuem para a adesão e para a perceção de qualidade dos cuidados.

Em síntese, os resultados obtidos no âmbito do projeto *Learn2Care* permitem afirmar que o EEER constitui um elemento-chave nos serviços de saúde, cuja intervenção se traduz numa melhoria dos resultados em saúde da pessoa idosa hospitalizada. Ao promover ganhos em mobilidade, independência funcional e segurança, o EEER contribui de forma decisiva para a qualidade de vida da pessoa doente e para a sustentabilidade dos cuidados de saúde. Estes achados reforçam a urgência de investir em recursos humanos especializados e em estratégias de continuidade de cuidados, assumindo a Enfermagem de Reabilitação como uma prioridade estratégica para responder aos desafios do envelhecimento populacional e da hospitalização em idades mais avançadas.

Assim, o projeto *Learn2Care* não só confirma a relevância da intervenção de Enfermagem de Reabilitação em contexto das unidades de saúde, como também acrescenta evidência empírica ao corpo de conhecimento existente, defensora da necessidade de integrar o EEER em equipas multidisciplinares. Desta forma será possível garantir cuidados de excelência, personalizados e centrados na pessoa doente e na família, contribuindo para uma resposta mais eficaz e sustentável aos desafios emergentes em saúde no século XXI.

Referências Bibliográficas

- Abranches, C.A.F., & Cavaletti, A.C.L. (2020). *Síndrome da imobilidade na pessoa idosa hospitalizada*. Research, Society and Development, 9(12) e1889129848. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i12.9848>
- AESOP - ASSOCIAÇÃO DE ENFERMEIROS DE SAÚDE OCUPACIONAL PORTUGAL. (2023). *Orientações para a metodologia de elaboração de um projeto de investigação*. AESOP - Enfermeiros. <https://aesop-enfermeiros.org/wp-content/uploads/2023/09/Orientacoes-metodologia-projeto.pdf>
- Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59–66. <https://run.unl.pt/handle/10362/95522>
- Caba, L. W., Goldin, D., & Marenus, M. W. (2022). *Promoting nurse-led mobility protocols for hospitalized older adults: A systematic review*. Journal of Gerontological Nursing, 48(7), 24–30. <https://doi.org/10.3928/00989134-20220606-04>
- Chaves, R. N., Santana, E. S., Oliveira, A. S., & Reis, L. A. (s.d.). *Representações sociais de idosos e seus cuidadores familiares sobre a prática diária do cuidado*. VI Congresso Internacional do Envelhecimento Humano. Acedido janeiro 27, 2025, em https://editorarealize.com.br/editora/ebooks/cieh/2019/PROPOSTA_EV125_MD3_ID_2483_22052019200926.pdf
- Cerqueira, A.V.B., & Grilo, E.N. (2019). *Prevenção das Consequências da Imobilidade na Pessoa em Situação Crítica*. RPER 2(1), 78-89.
Doi:10.33194/rper.2019.v2.n1.10.4574

- Costa-Dias, M. J. M., Ferreira, P. L., & Oliveira, A. S. (2014). Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (2), 7–17. <https://doi.org/10.12707/RIII1382>
- Cruz, A. G., & Nunes., H. J. M. (s.d.). *Descondicionamento em idosos Hospitalizados: Conhecimentos, Crenças, Atitudes e Confiança dos Enfermeiros – Que estratégias na prevenção e reabilitação?. Sessão Plenária - Autocuidado, Funcionalidade e Cognição*. Escola Superior De Enfermagem de Coimbra, UCP de Enfermagem de Reabilitação. Acedido janeiro 20, 2025, em https://www.esenfc.pt/event/event/abstracts/exportAbstractPDF.php?id_abstract=5364&id_event=128
- Cruz-Jentoft, A. J., Bahat, G., Bauer, J., Boirie, Y., Bruyère, O., Cederholm, T., ... & Landi, F. (2019). Sarcopenia: Revised European consensus on definition and diagnosis. *Age and Ageing*, 48(1), 16–31. <https://doi.org/10.1093/ageing/afy169>
- Direção Geral da Saúde. Norma n.º 008/2019 (2019, dezembro 9). *Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>
- Donabedian, A. (1966). *Evaluating the quality of medical care*. Milbank Memorial Fund Quarterly, 44(3), 166–206. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x.
- Feitosa, S. F., Silva, F. C., Alencar, S. F. S., Brito Júnior, F. E., Sousa, M. V. B., Alencar, V. R. M., & Silva, M. E. A. (2024). Capacidade funcional e associação de condições de risco em idosos. *Cadernos ESP*, 18(1), 1–13. <https://doi.org/10.54620/cadesp.v18i1.1952>

Figueiredo, M. C., Freire, M. E., Pontes, M. L., Araújo, C. R., & Monteiro, E. A. (2024).

Imobilidade e síndrome da imobilidade: Implicações para a saúde da pessoa idosa.

Enfermagem em Foco, 15, e-202441. [https://doi.org/10.21675/2357-](https://doi.org/10.21675/2357-707X.2024.v15.e-202441)

[707X.2024.v15.e-202441](https://doi.org/10.21675/2357-707X.2024.v15.e-202441)

Fonseca, A. M. (2021). *Ageing in place, envelhecimento em casa e na comunidade. Modelos e*

estratégias centradas na autonomia, participação social e promoção do bem-estar

das pessoas idosas. Fundação Calouste Gulbenkian/Faculdade de Educação e

Psicologia - Universidade Católica Portuguesa.

<https://gulbenkian.pt/publications/ageing-in-place-estudo/>

Gil, A. C. (2019). Como elaborar projetos de pesquisa (6ª ed.). Atlas.

Gomes, C. P. C. (2023). *Capacitação de Cuidadores de Pessoas com Alterações do*

Autocuidado: Ganhos Sensíveis dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

[Relatório de Estágio de Mestrado em Enfermagem, Universidade de Évora-Escola

Superior de Enfermagem S. João de Deus Instituto Politécnico de Beja - Escola

Superior de Saúde Instituto Politécnico de Castelo Branco-Escola Superior de Saúde

Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde].

[https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/35308/1/Mestrado-](https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/35308/1/Mestrado-Enfermagem_de_Reabilitacao-Carla_Patricia_da_Cunha_Gomes.pdf)

[Enfermagem de Reabilitacao-Carla Patricia da Cunha Gomes.pdf](https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/35308/1/Mestrado-Enfermagem_de_Reabilitacao-Carla_Patricia_da_Cunha_Gomes.pdf)

Hill, A.-M., Francis-Coad, J., Vaz, S., Morris, M. E., Flicker, L., Weselman, T., & Hang, J. A.

(2024). Implementing falls prevention patient education in hospitals – older people’s views on barriers and enablers. *BMC Nursing*, 23(1), Article 633.

<https://doi.org/10.1186/s12912-024-02289-x>

Instituto Nacional de Estatística. (2024). *Estimativas da População Residente em Portugal - 2023*. INE.

https://www.ine.pt/xportal/xmain?DESTAQUESdest_boui=645507713&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt&xpgid=ine_destaques&xpid=INE

Interreg Europe – SilverSMEs. (2021, 22 de novembro). *Ageing in Europe: what do the latest statistics say?* Interreg Europe – SilverSMEs. <https://projects2014-2020.interregeurope.eu/silversmes/news/news-article/13428/ageing-in-europe-what-do-the-latest-statistics-say/>

Lopes, J. S. (2012). *Satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem de reabilitação: Contributo para a adaptação e validação do Questionário de Satisfação SNQ-10*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?codigo=901&id_ficheiro=24101&utm_source=chatgpt.com

Kirk, J.W., Bodilsen, A.C., Sivertsen, D.M., Husted, R.S., Nilsen, P., & Tjørnhøj-Thomsen, T. (2019). *Desvendando a complexidade da mobilidade de pacientes médicos mais velhos na prática de rotina: um estudo etnográfico na Dinamarca*. PLOS One, 14(4), e0214271. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214271>

Lakatos, E. M., & Marconi, M. A. (2017). *Fundamentos de metodologia científica (7ª ed.)*. Atlas.

Lima, T., Amaral, O., Almeida, P., Carvalho, P., Marques, T., Pinto, A. R., & Coimbra, T. (2022). *Do Internamento para a Comunidade – O Cuidador Informal na Transição*. Revista de Investigação & Inovação em Saúde. 5(1), 47-58.
<https://doi.10.37914/riis.v5i1.191>

- Limão, R. P., & Martins, R. M. (2021). *Efetividade de programas de enfermagem de reabilitação no equilíbrio, marcha e independência funcional em idosos hospitalizados*. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(8), e20205. <https://doi.org/10.12707/RV20205>
- Malmstrom, T. K., & Morley, J. E. (2013). SARC-F: Questionnaire to rapidly diagnose sarcopenia. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(8), 531–532. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.05.018>
- Mancini, M., & Horak, F. B. (2010). The relevance of clinical balance assessment tools to differentiate balance deficits. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 46(2), 239–248. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20485226/>
- Marques, F., Pinheiro, M., Alves, P., David, C., & Neves, C. (2022). Online Problem-Based Learning During the Pandemic: SWOT Analysis of the Nursing Student's Opinion. *Computer Supported Qualitative Research*, 322–335. https://doi.org/10.1007/978-3-031-04680-3_21
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28.)
- Meleis, Afaf. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: Development and progress* (5th ed.). Philadelphia: Wolters Kleimen
- Mendes, M. E. R., Santos, L., Preto, L., & Azevedo, A. (2023). *Declínio Funcional em Idosos durante a Hospitalização*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(2), e347. <https://doi:10.33194/rper.2023.347>

- Monteiro, E.A., Mazin, S.C., & Dantas, R. A. P. (2015). *Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal: Validação para o Brasil*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(3). <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680307i>
- Monteiro, G., Anunciação, S., Saraiva, P., Neves, I., Pontinha, C., & Batista, A. (2021). Satisfação dos doentes submetidos a reabilitação motora pós artroplastia da anca e artroplastia do joelho. *Millenium*, 2(Edição especial nº 9), 139–147. <https://doi.org/10.29352/mill029e.24180>
- Morse, J. M. (1985). *Development of a scale to identify the fall-prone patient*. *Canadian Journal on Aging*, 4(Suppl 1), 66–77. https://www.researchgate.net/publication/231749811_Development_of_a_Scale_to_Identify_the_Fall-Prone_Patient
- Mota-Pinto, A., Veríssimo, M., & Malva, J. (Coords.). (2019). *Manual do cuidador: Envelhecimento ativo e saudável*. Imprensa da Universidade de Coimbra. <https://doi.org/10.14195/978-989-26-1851-7>
- Nicoli, E. M., Silva, F. V. C., Assad, L. G., Cardinelli, C. C., Alves, R. A., & Oliveira, S. G. (2024). Cuidados de enfermagem para idosos hospitalizados: Acidentes por queda versus mobilidade segura – Uma revisão de escopo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 77(2), e20230180. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0180>
- Nunes, L., Ruivo, M. A., & Ferrito, C. (2010). *Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas*. *Revista Percursos*, 15, 3–37. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. https://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Indicadores de avaliação em saúde*. Ordem dos Enfermeiros.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar*. Ordem dos Enfermeiros.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeFamiliar.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2013a). *Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Ordem dos Enfermeiros.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8897/gobp_mobilidade_vf_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2013b). *Guião para a organização de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem*. Secção Regional Sul.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.p>

Ordem dos Enfermeiros – Conselho Jurisdicional. (2015, agosto). *Deontologia Profissional de Enfermagem* (S. Deodato, coord.; M. A. Constantino, revisão técnica). Ordem dos Enfermeiros.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocyj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Core de Indicadores por Categoria de Enunciados*

Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

(PQCER). Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Core_Indicadores_por_Categoria_de_Enunciados_Descrit_PQCER.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Enfermagem de Reabilitação: Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2023a, janeiro 28). *Documento das áreas de investigação para a especialidade de enfermagem de reabilitação: Aprovado por unanimidade, sem alterações, na 4.ª Assembleia Ordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, realizada a 28 de janeiro de 2023, em Coimbra*.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30264/ponto-3_documento-linhas-de-investigacao-do-eer.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2023b). *Guia Orientador de Boas Práticas de Promoção da Literacia em Saúde Mental*. Ordem dos Enfermeiros.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30916/gobp_literaciasaudemental_v3ok.pdf

Peterson, M. D., Phillips, S. M., & Higgins, M. (2022). Age-related muscle mass and strength deterioration: Mechanisms and prevention strategies. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, 13(2), 789–798. <https://doi.org/10.1002/jcsm.12950>

- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem*. Coimbra: Formasau Editora.
- Piexak, D. R., Cezar-Vaz, M. R., Clarice Alves Bonow, C. A. (2019). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: uma Análise de Conteúdo*. Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental. 11(2), 363-369.
DOI: [10.9789/2175-5361.2019.v11i2.363-369](https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.363-369)
- Pontes, V. C.B., (2022). *Sarcopenia: rastreio, diagnóstico e manejo clínico*. Journal of Hospital_Sciences. 2(1), 4-14. <https://jhsc.emnuvens.com.br/revista/article/view/32/22>
- Portugal. (1998). *Lei n.º 67/98, de 26 de outubro. Lei da Proteção de Dados Pessoais*. Diário da República, I Série-A, n.º 247. Disponível em:
<https://data.dre.pt/eli/lei/67/1998/10/26/p/dre/pt/html>
- Promsri, A., Pitiwattanakulchai, P., Saodan, S., & Thiwan, S. (2024). Age-related changes in postural stability in response to varying surface instability in young and middle-aged adults. *Sensors*, 24(21), 6846. <https://doi.org/10.3390/s24216846>
- Queiroz, L. L. de, Silva, L. G. de O., & Pinheiro, H. A. (2023). *O timed up and go test pode ser utilizado como preditor da força muscular em idosos?* Fisioterapia e Pesquisa. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/e22013723pt>
- Read-Ellis, G. (2022, 23 de dezembro). *The Official 30 Second Sit To Stand Test*. Better5. <https://better5.com/30-second-sit-to-stand-test/>
- Ribeiro, O. (Coord.). (2021). *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas*. 1ª Ed.. Lidel Edições técnicas, Lda.
- Sampaio, E.T., & Silva, F. (s.d.). *Guia de avaliação Geriátrica Global*. Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. Acedido janeiro 21, 2025, em

<https://apmgf.pt/wp-content/uploads/2023/04/Guia-de-Avaliacao-Geriatrica-Global.pdf>

Santos, C. A. da S. (2019). *O papel do enfermeiro de reabilitação na capacitação do cuidador informal nos cuidados domiciliários: revisão da literatura*. 67.

<http://hdl.handle.net/10400.19/5465>

Saraiva, D. (2019). *Inter-relação entre os diferentes profissionais envolvidos A importância das equipas multidisciplinares*, Atlas da Saúde.

<https://www.atlasdasaude.pt/publico/content/importancia-das-equipas-multidisciplinares>

Silva, P. H. C., Pedreira, L.C., Oliveira, J.F., Paiva, M.S., Santos, L.M., & Góes, R.P. (2022). A enfermagem frente à (I)mobilidade de idosos hospitalizados: Estudo das representações sociais. *Novas Tendências em Pesquisa Qualitativa*, 13, e698.

<https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e698>

Sousa, E. (2024). *Sarcopenia em doentes internados num serviço de medicina interna – contributos de uma equipa multidisciplinar*. Healthnews jornalismo de saúde.

<https://healthnews.pt/2024/07/09/sarcopenia-em-doentes-internados-num-servico-de-medicina-interna-contributos-de-uma-equipa-multidisciplinar/>

Souza, C. (s.d.). *Teste Timed Up and Go*. Kinetec. <https://kinetec.com.br/new/teste-timed-up-and-go/>

Tavares, J. P. A., Grácio, J., & Nunes L. V. (2020). *Eficácia da implantação do cuidado centrado na funcionalidade no declínio funcional: um estudo quase-experimental*.

Revista de Enfermagem Referência, 5(2), e20012. <https://doi:10.12707/RV20012>

- Tavares, J.P.A., Nunes, L.A.N.V., & Grácio, J.C.G. (2021). *Pessoa idosa hospitalizada: preditores do declínio funcional*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3612.3399>
- Tinetti, M. E., Kumar, C., & McAvay, G. (2019). Preventing falls in elderly persons. *New England Journal of Medicine*, 363(6), 656-664. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp1007138>
- União Europeia. (2016). *Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados – RGPD)*. *Jornal Oficial da União Europeia*, L 119, 1–88. Disponível em: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0679>
- Verstraten, C., Metzelthin, S., Schoonhoven, L., Schuurmans, M. & Ginkel, J. (2020). *Optimizing patients' functional status during daily nursing care interventions: a systemic review*. *Research in Nursing & Health*, 43(5), 478-488. <http://doi.org/10.1002/nur.22063>.
- <https://doi.org/10.1016/j.jger.2024.10.002>
- Werner, C., Bauknecht, L., Heldmann, P., Hummel, S., Günther-Lange, M., Bauer, J. M., & Hauer, K. (2024). *Mobility outcomes and associated factors of acute geriatric care in hospitalized older patients: Results from the PAGER study*. *European Geriatric Medicine*, 15, 139–152. <https://doi.org/10.1007/s41999-023-00869-9>
- World Health Organization. (2007). *WHO global report on falls prevention in older age*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43811/9789241563536_eng.pdf

World Health Organization. (2021). *World report on ageing and health*.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>

Apêndices

Apêndice I

Matriz do Trabalho de Campo - Projeto de Enfermagem de Reabilitação

Atividade	Objetivo	Método/ Procedimento	Dias/Duração (horas)	Recursos Necessários
Revisão de Literatura e Documentação	Compreender o impacto da hospitalização e da sarcopenia na alteração da mobilidade e funcionalidade.	Pesquisa de artigos científicos.	18/12/24 (3h) 20/12/24 (3h) 21/12/24 (5h) 27/12/24 (3h) 28/12/24 (4h) 02/01/25 (2h)	Acesso a bibliotecas digitais, computador, internet.
Planeamento de reunião com o Enfermeiro Gestor e EEER do serviço de Medicina Interna, da Unidade Hospitalar onde o projeto foi implementado.	Elaborar um documento (guião) que sirva de orientação para conduzir a reunião com o objetivo de recolher opiniões sobre a necessidade de implementação de um projeto de Reabilitação para o serviço	Estruturação dos temas a debater na reunião para recolher informação/ sugestões a fim de implementar um projeto de reabilitação no serviço.	04/01/25 (3h) 05/01/25 (3h)	Ferramentas de escrita, computador
Condução de reunião com Enfermeiro Gestor e EEER do serviço de Medicina Interna, da Unidade Hospitalar onde o projeto foi implementado.	Recolher opiniões sobre a necessidade de implementação de um projeto de Reabilitação para o serviço e sugestões	Realização da Reunião	07/01/25 (2h)	Guião para orientação dos temas a debater na reunião, ferramentas de escrita
Planeamento de Entrevistas a peritos na área de ER (Presidente da APER, Presidente da MCEER; NER da Guarda), e pessoas doentes internados e familiares cuidadores.	Realizar contactos telefónicos, enviar email a solicitar a colaboração para participarem numa reunião/entrevista com o objetivo de recolher opiniões sobre a necessidade de implementação de um projeto de Reabilitação para o serviço	Realização de contactos telefónicos e email a solicitar a colaboração para participarem na reunião	18-01-25 (3h)	Ferramentas de escrita, computador, telemóvel
Planeamento do desenvolvimento das Entrevistas para peritos na área de Enfermagem de Reabilitação.	Elaborar um documento que sirva de orientação para conduzir as entrevistas com o objetivo de recolher opiniões sobre a necessidade de implementação de um projeto de Reabilitação para o serviço	Estruturação de perguntas baseadas nos objetivos do projeto	19/01/25 (5h)	Ferramentas de escrita, computador

Atividade	Objetivo	Método/ Procedimento	Dias/Duração (horas)	Recursos Necessários
Condução de reunião, entrevistas com profissionais de saúde	Perceber a opinião sobre a importância deste tipo de projeto, e conhecimento da existência de projetos semelhantes; adquirir contributos/ sugestões de melhoria.	Realização de entrevistas	23/01/25 (1h30) 28/01/25 (1h30) 30/01/25 (1h)	Plataforma calibri, gravador de áudio, consentimento informado, guião da reunião
Condução de entrevistas com pessoas doentes e familiares cuidadores	Compreender as dificuldades na mobilização precoce e no cuidado domiciliar.	Entrevistas com pessoas doentes e familiares cuidadores, focando em experiências, perceções e sugestões.	08/01/25 (1h) 09/01/25 (1h) 13/01/25 (1h) 14/01/25 (1h)	Espaço reservado, no serviço, consentimento informado.
Observação Direta no Serviço de Medicina Interna	Avaliar as práticas de mobilização, treino de marcha e intervenções atuais.	Acompanhamento da rotina do serviço, observação e registo de práticas e interações com as pessoas doentes.	15/01/25 (3h) 16/01/25 (3h)	Bloco de notas.
Análise e Consolidação dos Dados	Sistematizar as informações para identificar pontos críticos e melhorias.	Transcrição do resumo das entrevistas.	08/01/25 (2h) 09/01/25 (1h) 23/01/25 (2h) 31/01/25 (2h) 01/02/25 (3h)	Computador

Apêndice III – Check list de FUp telefónico



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



**REPÚBLICA
PORTUGUESA**
SAÚDE

Follow up telefónico: 14^º dia após alta

Data: _____

Nome do Doente: _____

N.º Processo: _____

Diagnósticos: _____

Cuidador _____ Contacto telefónico _____

Avaliação da execução de exercícios			Sim	Não
Realização dos exercícios recomendados				
Deitado	Mobilização dos membros inferiores			
	Mobilização dos membros superiores			
Sentado	Mobilização membros inferiores			
	Mobilização membros superiores			
Em pé	Mobilização membros inferiores			
	Mobilização membros superiores			
Marcha/Caminhada				
Meio de marcha utilizado				
Distância percorrida diariamente			metros	
Frequência da realização de marcha/caminhada			/semana	
Efetua marcha em escadas				

Acompanhamento de ECCI:

Sim Frequência _____; Não

Índice de Barthel (Sclínico)		
Grupos da escala	Itens	Score
Alimentar-se	Dependente	0
	Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	5
	Independente	10
Transferências	Dependente, não tem equilíbrio sentado	0
	Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	5
	Precisa de alguma ajuda	10
	Independente	15



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

Toalete	Dependente, necessita de ajuda	0
	Independente a fazer barba, lavar a cara, lavar os dentes	5
Utilização do WC	Dependente	0
	Precisa de alguma ajuda	5
	Independente	10
Banho	Dependente necessita de alguma ajuda	0
	Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	5
Subir e descer escadas	Dependente	0
	Precisa de ajuda	5
	Independente, com e sem ajudas técnicas	10
Vestir-se	Impossível	0
	Com ajuda	5
	Independente	10
Controlo intestinal	Incontinência ou precisa da ajuda de clísteres	0
	Acidente ocasional	5
	Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	10
Controlo Urinário	Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algalia sozinho	0
	Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	5
	Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algalia sozinho	10
Mobilidade	Imóvel	0
	Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	5
	Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	10
	Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	15
Total		
<p>O valor total varia entre 0 a 100, sendo que um total de 0-20: Dependência total; 21-60: Grave dependência; 61-90: Moderada dependência; 91-99: Muito leve dependência e 100: Independência</p>		



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



**REPÚBLICA
PORTUGUESA**
SAÚDE

Escala de Morse (Scínico)	
Itens	Score
1 – Histórico de quedas (últimos 3 meses) - Não - Sim	0 25
2 – Diagnóstico secundário - Não - Sim	0 15
3 – Postura no andar e na transferência - Normal, acamado, imóvel - Debitado - Dependente de ajuda	0 15 30
4 – Terapia endovenosa - Não - Sim	0 20
5 – Ajuda para caminhar - Nenhuma ajuda de enfermeiro/ Acamado/ Cadeira de rodas - Muletas/canadianas/bengala/andarrilho - Apoia-se no mobiliário para andar	0 10 20
6 – Estado mental - Consciente das suas capacidades - Esquece-se das suas limitações	0 15
Baixo risco – 0-24 pontos Médio risco – 25 a 50 pontos Elevado risco -≥ 51	

Enfermeiro: _____

Data: _____

Apêndice IV

Panfletos sobre exercícios e prevenção de quedas

Panfleto 1: Guia de exercícios para realizar na posição de deitado

11 - Coloque uma pequena almofada por baixo dos joelhos. Estique uma perna e pressione a parte de trás do joelho em direção ao colchão como se estivesse a espalmar a almofada durante 5 segundos. Repita o mesmo exercício para a outra perna. Se preferir pode fazer o mesmo exercício com as duas pernas em simultâneo. Repita 10 vezes.



13 - Dobre os joelhos e coloque uma almofada entre eles, em seguida aperte a almofada com os joelhos durante 5 segundos. Descanse e repita 10 vezes





**A SUA RECUPERAÇÃO...
TAMBÉM DEPENDE DE SI!**



12 - Ponte

Dobre os joelhos mantendo os pés apoiados. Os braços devem estar esticados com as palmas das mãos viradas para baixo e apoiados no colchão. Em seguida levante a bacia e permaneça 5 segundos nesta posição. Repita 10 vezes.



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA GUARDA
Tel: 271 200 200

Guia de Exercícios

Deitado



PROJETO LEARN2CARE

Serviço de Medicina Interna – Setor B

Guia de Exercícios

No sentido de melhorar a mobilidade, equilíbrio e capacidade funcional, é importante que faça alguns exercícios em sua casa. Recomendamos que os repita diariamente pelo menos uma vez.

Deitado

1- Levante os braços elevando o bastão (ex: cabo de vassoura) e inspire, em seguida baixe os braços e expire baixando o bastão.
Repita 10 vezes.



2 - Afaste os braços do tronco e se possível até altura dos ombros mantendo-os esticados, em seguida junte as mãos como se estivesse a bater palmas.
Repita 10 vezes.



3 - Levante os braços acima da cabeça mantendo-os esticados, em seguida com as mãos viradas para cima, dobre os cotovelos deslizando-os em direção à cintura. Repita 10 vezes.



4 - Afaste os braços do tronco, até à altura dos ombros. Dobre os dois cotovelos. Mova as mãos em direção à cabeça e à cintura.
Repita 10 vezes.



5 - Levante os braços acima da cabeça, depois baixe-os lentamente até à cintura como se estivesse a segurar uma bola grande invisível.
Repita 10 vezes.



6 - Agarre duas garrafas (0,5L) de água e repita 10 vezes cada exercício descrito anteriormente.



7 - Movimento o pé para cima e mantenha-o nessa posição durante 5 segundos, a seguir movimente o pé para baixo permanecendo 5 segundos nessa posição. Repita 10 vezes.



8 - Afaste uma perna da outra movimentando-a sem arrastar o calcanhar, em seguida aproxime-a da outra.
Faça o mesmo exercício com a outra perna. Repita 10 vezes cada exercício.



9 - Dobre a perna e a seguir estique-a sem arrastar o calcanhar, em seguida faça o mesmo com a outra perna. Repita 10 vezes com cada perna.



10 - Levante e baixe uma perna lentamente, em seguida faça o mesmo com a outra perna. Repita 10 vezes com cada perna.



Panfleto 2: Guia de Exercícios para realizar na posição de sentado e em pé

EM PÉ

11 – Dobrar os joelhos
Apoie a mão num móvel ou nas costas de uma cadeira segura, dobre e estique o joelho, 10 vezes.
Repita o exercício com a outra perna.



12 - Levantar os calcanhares
Apoie as mãos nas costas de uma cadeira segura, ou de preferência num móvel, e fique em bicos de pés durante 10 segundos. Repita 10 vezes.



EM PÉ

13 - Flexão de cotovelos na parede
Estique os braços e apoie as mãos numa parede, um pouco abaixo do nível dos ombros. Mantenha os pés afastados da parede e dobre os cotovelos em simultâneo durante 10 segundos. Repita 10 vezes.



A SUA RECUPERAÇÃO...



TAMBÉM DEPENDE DE SI!

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA GUARDA
Tel: 271 200 200



Guia de Exercícios

Sentado ou em Pé



PROJETO LEARN2CARE

Serviço de Medicina Interna – Setor B

Guia de Exercícios

No sentido de melhorar a mobilidade, equilíbrio e capacidade funcional, é importante que faça alguns exercícios em sua casa.
Recomendamos que os repita diariamente pelo menos uma vez.

SENTADO OU EM PÉ

1 - Levantar o bastão
Levante os braços elevando o bastão (ex: bengala ou cabo de vassoura) e inspire, em seguida baixe os braços e expire lentamente baixando o bastão. Repita 10 vezes.



2- Esticar/dobrar os cotovelos
Agarre duas garrafas (0,5L) de água estique e encolha os braços, 10 vezes. Pode fazer com os dois braços ao mesmo tempo ou um de cada vez.



3- Levantar os braços lateralmente
Com as garrafas de água levante e baixe os braços lateralmente. Repita 10 vezes.
Em alternativa, poderá fazer o exercício sem as garrafas.



4- Levantar os braços acima da cabeça
Ainda com as garrafas de água levante os braços acima da cabeça e mantenha-os levantados durante 10 segundos. Repita 10 vezes.



5- Esticar as pernas e mexer os pés
Levante as pernas e dobre os pés para cima e para baixo, 10 vezes.



6- Dobrar/Esticar o pé
Com os calcanhares apoiados no chão levante e baixe o pé. Pode fazer com um pé de cada vez ou com os dois em simultâneo. Repita 10 vezes.



7 – Levantar e sentar
Sentado numa cadeira cruze os braços e em seguida levante-se e sente-se, pelo menos 10 vezes.



EM PÉ

8- Marchar no mínimo durante 1 minuto, apoiado numa cadeira ou num móvel seguro.



9 - Levante a perna e dobre o joelho alternadamente, apoiado numa cadeira ou num móvel seguro. Repita 10 vezes.



10 - Levante e afaste lateralmente cada perna de forma alternada, apoiado numa cadeira ou móvel seguro. Repita 10 vezes.



Panfleto 3: Prevenção de Quedas

No quarto



- Ajuste a altura da cama para que não tenha dificuldade em se levantar ou deitar;
- Use uma mesa-de-cabeceira, de preferência, com bordos arredondados e procure fixá-la ao chão ou à parede, para evitar que se desloque caso necessite de se apoiar nela;
- Deve ter acesso a um interruptor de luz junto à cama;
- Nunca se levante da cama com a luz apagada.

No exterior da sua casa

- Certifique-se que todas as zonas se encontram bem iluminadas;
- Evite sair à rua sozinho em caso de neve, gelo ou chuva;
- Mantenha espaço de circulação sem folhas e sem obstáculos;
- Esteja atento/a buracos ou falhas do pavimento;
- Caminhe pela parte de dentro dos passeios.

Unidade Local de Saúde da Guarda

PREVENÇÃO DE QUEDAS



As quedas ocorrem quando a pessoa cai ao chão devido à perda de equilíbrio postural.

As quedas podem resultar em complicações, desde pequenas feridas, a fraturas ou traumatismos, e em muitos casos podem mesmo ser fatais.

PREVENIR É FUNDAMENTAL



Na casa de banho



- Limpe de imediato qualquer líquido derramado no chão;
- Coloque barras de apoio na banheira, no chuveiro, e junto à sanita;
- Evite sanitas muito baixas;
- Se achar necessário, tome banho com ajuda, sentado num banco;
- Não use óleo de banho;
- O espaço útil da casa-de-banho deve ser suficiente para duas pessoas;
- Nunca feche a porta da casa-de-banho à chave.


Em caso de queda



- Tente manter a calma e respirar profundamente algumas vezes;
- Observe o seu corpo. Se estiver muito ferido ou tiver dor muito intensa que impeça de se levantar, deve pedir ajuda (ligar 112) ou fazer barulho com um objeto para chamar a atenção de familiares/vizinhos;
- Se não estiver ferido e se sentir capaz poderá tentar levantar-se da seguinte forma:
 - (1) Dobrar o corpo sobre o estômago, pôr-se de gatas e gatinhar até uma peça de mobília estável que se encontre por perto;
 - (2) Colocar as mãos sobre ela e pôr um dos pés à frente bem assente no chão.
 - (3) Fazer o esforço de se levantar;
 - (4) Se possível sentar-se para descansar.



Fatores de risco para ocorrência de quedas



As razões ou causas das quedas são conhecidas como fatores de risco.


Para que se possam prevenir as quedas, é muito importante que saiba quais são as suas principais causas.

Os principais fatores de risco de queda são:


- Idade superior a 65 anos;
- Alterações visuais e auditivas;
- Alterações de equilíbrio;
- Alterações da marcha;
- Diminuição da força muscular;
- Necessidade de tomar diferentes tipos de medicação: para tensão arterial, sedativos, relaxantes musculares, diuréticos;
- Doenças como: AVC, Parkinson, Diabetes, Artrite;
- Fatores ambientais, tanto em casa como no exterior.

Cuidados gerais para prevenção de quedas

- Se suspeitar que tem alterações de visão, ou audição, consulte o seu médico;
- Mantenha os seus medicamentos regularmente revistos pelo seu médico;
- Tome apenas medicação prescrita pelo seu médico;
- Faça uma alimentação saudável e evite bebidas alcoólicas. O seu médico pode considerar importante a toma de suplemento vitamínico (vitamina D);
- Controle periodicamente a tensão arterial e os níveis de açúcar no sangue;
- Evite períodos de jejum prolongado;
- Pratique com regularidade atividades/exercícios aconselhados para a sua idade e condição física;
- Vista roupa confortável e de tamanho adequado;
- Evite calçado de salto alto, de sola escorregadia e de tamanho desajustado;
- Dê preferência a sapatos fechados;
- Certifique-se que o meio auxiliar de marcha que utiliza (andarilho, canadiana) se encontra em bom estado;
- Evite pisos irregulares ou escorregadios.



Crie em sua casa um ambiente que diminua o risco de queda



- Mantenha o telefone num local de fácil acesso;
- Mantenha os artigos de primeira necessidade à mão;
- Procure utilizar cores claras nas paredes;
- Mantenha todas as divisões bem iluminadas;
- Evite armários muito altos que necessitem de bancos ou escadas para alcançar os objetos;
- Coloque proteções nas esquinas dos móveis;
- Mantenha desimpedidos os locais de passagem;
- Evite escadas sem corrimão e/ou com degraus estreitos;
- Evite sofás muito baixos e macios;
- Dê preferência a cadeiras e sofás com apoios para braços;
- Não deixe pequenos objetos espalhados pelo chão;
- Não deixe fios soltos pelo chão;
- Evite tapetes pela casa;
- Controle a presença de animais.

Referências bibliográficas referentes aos panfletos apresentados em apêndices

- 123RF. (s.d.). *Man doing shoulder pole or broomstick stretch exercise. Flat vector illustration isolated on white background* [Imagem vetorial]. 123RF.
https://pt.123rf.com/photo_206515501_man-doing-shoulder-pole-or-broomstick-stretch-exercise-flat-vector-illustration-isolated-on-white-ba.html
- Alumran Clinic. (s.d.). **Falls prevention exercises Older People's Day** [Vídeo]. YouTube.
<https://www.youtube.com/watch?v=kVEysfiGj-E>
- Bernard, D. (s.d.). *[Foto de caminhada]* [Fotografia]. Unsplash.
<https://unsplash.com/photos/xxxx>
- Dra. Isabella Ferreira Reumatologista. (s.d.). *Exercício para prevenção de osteoporose* [Vídeo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=0QWvxElf2n8>
- Exercício em Casa. (2020, maio 30). *TREINO FÁCIL PARA FAZER NA CAMA | Exercícios para IDOSOS deitado na cama | Vídeo 2* [Frame de vídeo]. YouTube.
<https://www.youtube.com/watch?v=uD-DdWGLyLU>
- Healthy Moves. (s.d.). *Alongamento de panturrilha na parede* [Imagem]. Pinterest.
<https://br.pinterest.com/pin/1618549863950328/>
- Hip and Knee News. (s.d.). *[Imagem de uma publicação no Pinterest]* [Postagem no Pinterest]. Pinterest. <https://pt.pinterest.com/pin/919860292648981220/>
- LovePik. (s.d.). *O velho caminha com uma bengala* [Fotografia]. LovePik.
<https://pt.lovepik.com/image-501779709/the-old-man-walks-with-a-cane.html>
- Mascarenhas, V. (2023, dezembro 9). *Toinho Plano 3 semanas*. Scribd.
<https://pt.scribd.com/document/691095234/Toinho-Plano-3-semanas>

Menina Maria de Nazareth. (2015, setembro 22). *Preciosas lições de vida de Regina Brett*.

Menina Maria de Nazareth.

<https://meninamariadenazareth.blogspot.com/2015/09/preciosas-licoes-de-vida-de-regina-brett.html>

Na Bexiga Mando Eu. (s.d.). *5 exercícios para prevenção da osteoporose*. Na Bexiga Mando

Eu. <https://www.nabexigamandoeu.pt/blog/atividade-fisica/5-exercicios-para-prevencao-da-osteoporose/>

Novo Cuidar. (s.d.). *Exercícios em cadeira para idosos*. Novo Cuidar.

<https://novocuidar.pt/exercicios-em-cadeira-para-idosos>

O Globo. (2023, janeiro 20). *Apenas 10 minutos: treino rápido prepara seu corpo para os*

desafios diários. O Globo. <https://oglobo.globo.com/saude/bem-estar/noticia/2023/01/apenas-10-minutos-treino-rapido-prepara-seu-corpo-para-os-desafios-diarios.ghtml>

Physio Wiki. (s.d.). *Straight-leg Raises*. https://physio.fandom.com/wiki/Straight-leg_Raises

Knee Pain Exp. (s.d.). *Knee Strengthening Exercises: Say Goodbye To Knee Pain* [Pin de imagem]. Pinterest. <https://ar.pinterest.com/pin/765400899143760657/>

Rosada, M. (2023, maio 25). *Sarcopenia: entenda como prescrever o melhor exercício para seu paciente*. De Olho no Movimento. <https://deolhonomovimento.com.br/sarcopenia-entenda-como-prescrever-o-melhor-exercicio-para-seu-paciente/>

Scribd. (s.d.). *Toinho Plano 3 semanas*. Scribd.

<https://pt.scribd.com/document/691095234/Toinho-Plano-3-semanas>

hsThomas, S. (s.d.). *12 exercises for faster recovery after knee replacement in Delhi*. Dr.

Simon Thomas. <https://www.drsimonthomas.com/12-exercises-for-faster-recovery-after-knee-replacement-in-delhi/>

Vecteezy. (s.d.). *homem fazendo flexão de parede. exercício de pressão em pé* [Imagem vetorial]. Vecteezy. <https://pt.vecteezy.com/arte-vetorial/5178334-homem-fazendo-parede-empurrar-em-pe-exercicio-de-pressao-para-cima>

Anexos

Anexo I

Instrumentos para recolha de dados



INSTRUMENTOS PARA RECOLHA DE DADOS

O índice de Barthel é um instrumento que avalia o nível de independência da pessoa para a realização de dez atividades básicas de vida.

Índice de Barthel (Clínico)		
Grupos da escala	Itens	Score
Alimentar-se	Dependente	0
	Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	5
	Independente	10
Transferências	Dependente, não tem equilíbrio sentado	0
	Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	5
	Precisa de alguma ajuda	10
	Independente	15
Toalete	Dependente, necessita de ajuda	0
	Independente a fazer barba, lavar a cara, lavar os dentes	5
Utilização do WC	Dependente	0
	Precisa de alguma ajuda	5
	Independente	10
Banho	Dependente necessita de alguma ajuda	0
	Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	5
Subir e descer escadas	Dependente	0
	Precisa de ajuda	5
	Independente, com e sem ajudas técnicas	10
Vestir-se	Impossível	0
	Com ajuda	5
	Independente	10
Controlo intestinal	Incontinência ou precisa da ajuda de clisteres	0
	Acidente ocasional	5

	Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	10
Controlo Urinário	Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algalia sozinho	0
	Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	5
	Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algalia sozinho	10
Mobilidade	Imóvel	0
	Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	5
		10
	Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	15
	Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	15
<p>O valor total varia entre 0 a 100, sendo que um total de 0-20: Dependência total; 21-60: Grave dependência; 61-90: Moderada dependência; 91-99: Muito leve dependência e 100: Independência</p>		

Escala de Braden para avaliação do risco de úlceras de pressão

Escala de Braden (Sclínico)		
Grupos de escala	Itens	Score
Perceção sensorial	Completamente limitada	1
	Muito limitada	2
	Ligeiramente limitada	3
	Nenhuma limitação	4
Humidade	Pele completamente húmida	1
	Pele muito húmida	2
	Pele ocasionalmente húmida	3
	Pele raramente húmida	4
Atividade	Acamado	1
	Sentado	2
	Anda ocasionalmente	3
	Anda frequentemente	4
Mobilidade	Completamente imobilizado	1
	Muito limitada	2
	Ligeiramente limitado	3
	Nenhuma limitação	4
Nutrição	Muito pobre	1
	Provavelmente inadequada	2
	Adequada	3
	Excelente	4
Fricção e forças de deslizamento	Problema	1
	Problema Potencial	2
	Nenhum problema	3
Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão		

Escala de Quedas Morse é um instrumento para avaliar as pessoas com risco de queda

Escala de Morse (Sclínico)	
Itens	Score
1 - Histórico de quedas (últimos 3 meses) - Não - Sim	 0 25
2 - Diagnóstico secundário - Não - Sim	 0 15
3 - Postura no andar e na transferência - Normal/Acamado/imóvel - Debitado - Dependente de ajuda	 0 15 30
4 - Terapia endovenosa - Não - Sim	 0 20
5 - Ajuda para caminhar - Nenhuma ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas - Muletas/canadianas/bengala/andarelo - Apoia-se no mobiliário para andar	 0 10 20
6 - Estado mental - Consciente das suas capacidades - Esquece-se das suas limitações	 0 15
Baixo risco - 0-24 pontos Médio risco - 25 a 50 pontos Elevado risco - \geq 51	

Medical Research Council Muscle Scale é uma escala de 0 a 5 que avalia a força de grupos musculares.

Medical Research Council Muscle Scale (Sclínico)	
Grupos de escala	Força Muscular do membro
Itens	Score
Sem movimentos visíveis	0
Esboço de contração visível ou palpável, mas sem movimento	1
Movimenta a articulação, mas não vence a gravidade	2
Movimentos contra a gravidade, mas não vence a resistência	3
Movimentos ativos contra a gravidade e resistência. Força menor que o esperado	4
Força normal	5

Timed Up and Go Test (TUGT) avalia a mobilidade (transferência de posição), equilíbrio, capacidade de caminhar/estabilidade na deambulação, e avalia o risco de quedas.

Timed Up and Go Test (TUGT)	
Procedimento	
<p>A pessoa deverá estar sentada numa cadeira com apoio lateral de braço.</p> <p>Solicite à pessoa que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Se levante sem se apoiar nas laterais da cadeira, ✓ Caminhe 3 metros, ✓ Vire 180, ✓ Volte ao ponto de partida e senta-se novamente. 	
Resultados	
Tempo do percurso (____ seg.) Observações: _____ _____	
Pontuação	
Tempo do percurso: < 10 seg.	O teste é considerado normal
Tempo do percurso: 10 seg. - 19 seg.	Risco moderado de queda
Tempo do percurso: >= 20 seg.	Risco acentuado de queda
Não pode executar por motivos de ordem motora (não se consegue levantar), ou cognitiva (dificuldade em entender as orientações para a realização do teste)	O teste está alterado

Test Sit to stand -Teste de sentar para levantar em 30 segundos para testar a força e a resistência das pernas em adultos mais velhos.

Test Sit to stand	
Instruções	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Para o Teste de sentar e levantar da cadeira (TSL) em 30 segundos é utilizada uma cadeira com encosto, sem apoio para os braços e altura de 46 cm. ✓ O teste inicia-se com o doente sentado na cadeira, com as costas apoiadas no encosto e os pés apoiados no chão. ✓ O doente é orientado a sentar completamente na cadeira, levantar-se estendendo totalmente os joelhos, sem realizar compensações posturais, mantendo os braços cruzados à frente do tórax. ✓ Todos os indivíduos deveriam repetir o procedimento o mais rápido possível, tantas vezes quanto possível, num período de dois minutos. 	
Resultado	

Equilíbrio corporal (Sclínico)

Grupos da escala / itens	Score	
	Sím	Não
Equilíbrio estático sentado	1	1000
Equilíbrio dinâmico sentado	1	100
Equilíbrio ortostático estático	1	10
Equilíbrio ortostático dinâmico	1	10
Itens - não obrigatórios - não alteram pontuação do score		
Deformidades da coluna	Sím	Não
Dismetria dedo/nariz	Sím	Não
Dismetria calcanhar/joelho	Sím	Não
Adota posições viciosas	Sím	Não
Diagnostico	Score possível	
Sem equilíbrio corporal comprometido	4	
Equilíbrio corporal comprometido, em grau reduzido	13	
Equilíbrio corporal comprometido, em grau moderado	22;121	
Equilíbrio corporal comprometido, a um nível elevado	1120	

Avaliação de Satisfação com os cuidados de Enfermagem de Reabilitação
Avaliação de Satisfação SNQ-10
Satisfação com os Cuidados de Enfermagem de Reabilitação
(Questionário de Satisfação com os Cuidados de Enfermagem - QSEnf - 10 (Lopes, 2012))

Selecione com uma cruz (x) nos quadrados correspondentes a cada item, a escolha que melhor expresse a sua opinião. Na escala existem 4 alternativas de resposta: 1 - Muito Insatisfeito; 2 - Pouco Satisfeito; 3 - Satisfeito; 4 - Muito Satisfeito.

O que pensa dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação que recebeu tendo em conta a seguinte classificação:	Muito Satisfeito(a)	Satisfeito(a)	Pouco Satisfeito(a)	Muito Insatisfeito(a)
1. Relações interpessoais relativamente a si (delicadeza, respeito, simpatia, paciência, cuidado, etc..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Interesse demonstrado relativamente a si como pessoa e não apenas pela sua doença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Capacidade de reconforto (apoio que recebeu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tempo dedicado a si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Rapidez na resposta às suas solicitações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Clareza da informação que recebeu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Quantidade de informação que recebeu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Profissionalismo demonstrado (capacidade, precisão, etc..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Coorganização no trabalho da equipa de Enfermagem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Relacionamento entre os Enfermeiros (harmonia, colaboração, boa disposição)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aspetos Positivos: _____

Aspetos Negativos: _____

Sugestões: _____

Anexo II

Parecer da Comissão de Ética



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
GUARDA

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Exmo. Senhor
Diretor Clínico dos Cuidados de Saúde Hospitalares
Responsável pelo Pelouro da Unidade de Investigação
Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.

Data 29/05/2025

Enf. Júlio Manuel Salvador Almeida
Presidente; Enfermeiro Gestor

Dr.ª Luciana de Fátima Amâncio Frade
Santos
Vice-Presidente; Assistente Hospitalar

Enf.ª Cristina Nair Ribeiro Patrão
Vogal; Enfermeira Especialista

Prof.ª Ernestina Maria Veríssimo
Batoca Silva
Vogal; Enfermeira Especialista; Prof.ª
Coord. Aposentada

Dr.ª Joana Isabel Faustino Santos
Vogal; Farmacêutica

Dr. Luís Paulo Cunha Trindade e Silva
Vogal; Assistente Hospitalar Graduado

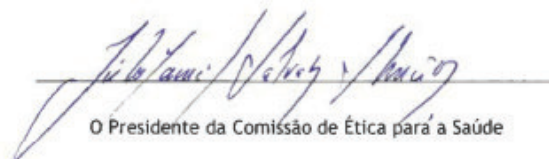
Dr. Manuel Cipriano Nabais
Vogal; Juiz Conselheiro Jubilado

ASSUNTO: Pedido de autorização para realização de um trabalho de investigação subordinado ao tema: Projeto "Learn2Care", cujo o investigador principal é Isabel Maria dos Santos Neves.

A Comissão de Ética para a Saúde (CES) Unidade Local de Saúde da Guarda E.P.E., reunida a 29 de maio de 2025, reapreciou cuidadosamente o projeto de investigação supracitado. O Parecer da CES apenas se reporta aos dados recolhidos após a data de emissão do mesmo.

A CES eticamente nada tem opor, pelo que emite *Parecer Favorável* à realização do estudo.

Com os melhores cumprimentos,


O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde

Anexo III

Autorização do Conselho de Administração



Ata N.º 23/2025, data 04-06-2025
 Referência UI-NS-250044
 Autorizada a realização do estudo "Projeto Learn2Care".

Assinado por: RITA SOFIA GUERRA DA CRUZ TEIMÃO FIGUEIREDO
 Data: 2025.06.04 18:07:39+01'00'
 Localização: Guarda, Portugal

Rita Teimão Figueiredo
 Presidente do Conselho de Administração

Assinado por: MARIA IMACULADA CONCEIÇÃO PONCIANO
 Num. de Identificação: 11999302
 Data: 2025.06.04 11:33:57+01'00'
 Localização: Guarda, Portugal

Imaculada Ponciano
 Vogal Executiva

Assinado por: BRUNO MIGUEL MORGADO MORRÃO
 Num. de Identificação: 13248899
 Data: 2025.06.04 20:25:37+01'00'
 Localização: Guarda, Portugal

Dr. Bruno Morrão
 Diretor Clínico para os C. S. Primários

Assinado por: NUNO MIGUEL ALEXANDRE DE SOUSA
 Num. de Identificação: 11460610
 Data: 2025.06.04 19:37:22+01'00'
 Localização: Guarda, Portugal

Dr. Nuno Sousa
 Diretor Clínico para os C. S. Hospitalares

Assinado por: HUGO MIGUEL BERNARDO TERRAS
 Num. de Identificação: 12087599
 Data: 2025.06.04 17:16:00+01'00'
 Localização: Guarda, Portugal

Hugo Terras
 Enfermeiro Diretor

Anexo IV

Consentimento Informado



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
GUARDA

UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO

Consentimento Informado - Estudos de Investigação

Isabel Maria dos santos Neves, Investigadora da Unidade Local de Saúde da Guarda, a realizar um trabalho de investigação subordinado ao tema Projeto "Learn2Care", vem solicitar a sua colaboração neste estudo.

Informo que a sua participação é voluntária e que os dados não serão transmitidos a terceiros sem a sua prévia autorização.

Poderá retirar o seu consentimento em qualquer momento, sem prejuízo dos dados recolhidos à data e sem que por isso venha a ser prejudicado nos cuidados de saúde prestados pela ULSG.

Informo ainda que a sua privacidade será respeitada, todos os dados recolhidos serão confidenciais e não serão fornecidas quaisquer compensações.

Objetivo do trabalho de investigação: Implementar um Programa de Reabilitação protocolado, em contexto de internamento e após alta hospitalar dirigido ao familiar cuidador e utente com diminuição da mobilidade e conseqüente diminuição da capacidade funcional agravada durante o internamento, de modo a assegurar a continuidade de cuidados no domicílio, após alta.

Critérios de inclusão:

- ✓ Pessoas autónomas previamente;
- ✓ Pessoas não institucionalizadas, a residir no domicílio;
- ✓ Pessoas com algum grau de dependência na realização das AVD;
- ✓ Pessoas com perspectivas de regressar ao domicílio.

Critérios de exclusão:

- ✓ Pessoas totalmente dependentes previamente ao internamento;
- ✓ Pessoas sem capacidade de marcha previamente;
- ✓ Pessoas Institucionalizadas;
- ✓ Pessoas que recusem participar no programa.

Metodologia:

Programa de enfermagem de reabilitação dirigida ao utente (durante o internamento no serviço de Medicina Interna - Setor B do Hospital Sousa Martins da Unidade Local de Saúde da Guarda), que contempla um plano de cuidados que incluirá exercícios músculo-articulares, treino de equilíbrio, transferências, levante e marcha, adaptados às condições de cada utente, assim como o treino do familiar cuidador, de forma a capacitá-lo para dar continuidade e apoiar o utente nas atividades motoras, como transferências, ajuda para levantar e marcha, o que incluirá sessões de educação e demonstrações práticas de acordo com as necessidades do familiar cuidador. Nesta fase também está contemplada a referência para Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), nomeadamente para as ECCI de modo a constituir um suporte para a família, e garantir a continuidade de cuidados após alta hospitalar.

Após o regresso do utente ao domicílio, será realizada uma consulta de Follow up telefónico 14 dias após-alta hospitalar para monitorizar o progresso do utente, indagar a continuidade das intervenções de reabilitação e esclarecer qualquer dúvida que o utente ou o familiar cuidador possa ter.

Serão cumpridos todas os preceitos éticos aceites internacionalmente.

Discriminação dos dados que irá colher:

A implementação do projeto prevê a realização de sessões de ensino, instrução e treino dirigidas ao utente e ao familiar cuidador, consultas de follow-up telefónicas e referência para equipas de continuidade de cuidados.

Local onde a investigadora se vai encontrar com o participante, quantas vezes e durante quanto tempo:

As sessões com os participantes ocorrerão no Serviço de Medicina Interna setor B do Hospital Sousa Martins da Unidade Local de saúde da Guarda, diariamente e mediante a disponibilidade do seu familiar cuidador até este se sentir capacitado.

Risco / Benefício da sua participação: A implementação deste projeto segue os princípios éticos da autonomia, da equidade e do consentimento livre esclarecido e informado, da não maleficência e da beneficência, com base na recuperação da capacidade funcional e promoção da autonomia das atividades da vida diária (AVD) e regresso ao domicílio.

Não se identificam riscos para os participantes (utentes e familiares cuidadores), sendo a recolha da informação realizada em ambiente hospitalar. Contudo, a sua participação proporcionar-lhes-á o benefício de aquisição de conhecimentos, dos quais poderão usufruir futuramente.

Previsão da duração da participação no estudo:

A duração da participação no estudo decorrerá no período de maio a julho de 2025.

Nº aproximado de participantes: número dependente do número de utentes internados no Serviço de Medicina Interna Setor B do Hospital Sousa Martins da ULS Guarda que reúnam os critérios de inclusão.

Gestão e armazenamento de dados recolhidos:

Os dados recolhidos serão mantidos em sigilo de forma anonimizada, sendo estes codificados (através da atribuição de um código individual que impede a identificação dos participantes) pelo investigador responsável e introduzidos numa base de dados, cujo acesso será limitado ao investigador através da utilização de uma palavra passe, respeitando assim a confidencialidade dos mesmos. A base de dados será armazenada na plataforma OneDrive institucional com link de acesso e respetiva palavra passe de acordo com os requisitos do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) e das Normas da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD). O acesso será limitado exclusivamente à equipa de investigação, mediante palavra-passe segura.

Os dados serão conservados durante 5 anos após a conclusão do estudo, para possibilitar auditorias ou revisões éticas, sendo posteriormente destruídos de forma segura.

Serão integralmente respeitadas as normas éticas internacionalmente aceites, nomeadamente a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo, bem como a legislação nacional de investigação clínica em vigor, garantindo a dignidade, os direitos e a proteção dos participantes em todas as fases do estudo, garantindo a proteção dos seus dados e estes não serão tomados públicos.




SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
GUARDA

Contacto para esclarecimento de dúvidas: isabel.neveslsguarda.min-saude.pt (e-mail)

 (telemóvel).

Consentimento Informado -Investigador

Ao assinar esta página, o investigador, está a confirmar o seguinte:

- Entregou esta informação;
- Explicou o propósito deste trabalho;
- Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas pelo participante ou representante legal.

Isabel Maria dos Santos Neves

(Investigador Principal)

Assinado por: ISABEL MARIA DOS SANTOS NEVES
Data: 2025.06.01 01:14:57+01'00'



Data 20 / 05 / 2025

Consentimento Informado - Participante

Ao assinar esta página, o participante, está a confirmar o seguinte:

- Leu e compreendeu todas as informações, e teve tempo para as ponderar;
- Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;
- Se não percebeu qualquer das palavras, solicitou ao investigador uma explicação, tendo este esclarecido todas as dúvidas;
- Informa-se ainda (retirar caso não se aplique à amostra em estudo):
 - O participante dos 6 aos 13 anos tem de ser informado verbalmente, sendo imprescindível a assinatura dos pais no consentimento livre e informado;
 - O participante dos 14 aos 16 anos assina, conjuntamente com os pais, o consentimento livre e informado;
 - A partir dos 16 anos assina apenas o participante;
- Recebeu uma cópia desta informação, para a manter consigo.

(Participante)

(Representante Legal)

(se aplicável)

Assinatura do Participante

Assinatura do Representante Legal

(se aplicável)

Data ____ / ____ / ____

Data ____ / ____ / ____

Anexo V

Certificado de apresentação do Poster “Capacitação do familiar cuidador da pessoa com diminuição da mobilidade e capacidade funcional”



CERTIFICADO

Certifica-se que **Isabel Neves** apresentou o Poster com o título “**Capacitação do familiar cuidador da pessoa com diminuição da mobilidade e capacidade funcional**” dos Autores **Isabel Neves, Paula Rocha, Carlos Albuquerque, Susana Batista** no **II Congresso Internacional A Família no Epicentro da Enfermagem de Saúde Familiar**, organizado pelos Docentes e Discentes da 1.ª edição do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde de Viseu em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santarém, que se realizou de modo híbrido, presencialmente no Auditório Carlos Pereira da Escola Superior de Saúde de Viseu e on-line na plataforma colibri/zoom no dia 31 de janeiro de 2025.

Idoneidade conferida pelo Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Viseu, 07 de fevereiro de 2025

A Presidente da
Escola Superior de Saúde de Viseu,



Professora Doutora Manuela Ferreira

O Presidente do
Conselho Técnico-Científico,


Professor Doutor António Madureira Dias

Anexo VI


Certificado da apresentação do Poster “A Capacitação do familiar cuidador: aspeto essencial para a continuidade de cuidados”




6º congresso nacional internacional
ACEPS CIDADANIA EM SAÚDE:
BARÓMETRO SOCIAL E HUMANO
Novos desafios no cuidar com humanidade

14-15
março
2025

UIVISEU





CERTIFICADO | CERTIFICATE

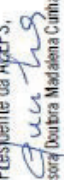
Isabel Neves

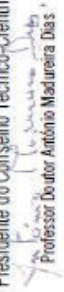
Apresentou o Poster com o título “*A capacitação do familiar cuidador: aspeto essencial para continuidade de cuidados*” dos autores **Isabel Neves; Paula Rocha; Carlos Albuquerque; Susana Batista** no 4º Congresso Internacional / 6º Congresso Nacional da ACEPS, Cidadania em Saúde: Barómetro Social e Humano; Novos desafios no cuidar com humanidade, que se realizou de modo híbrido, presencialmente no Auditório Carlos Pereira da Escola Superior de Saúde de Viseu e on-line na plataforma colibri/zoom nos dias 14 e 15 de março de 2025.

Presented the Poster entitled “*Empowerment of the Family Caregiver: A Key Aspect for Continuity of Care*” from the authors, **Isabel Neves; Paula Rocha; Carlos Albuquerque; Susana Batista** in the 4th International Congress / 6th National Congress of ACEPS, entitled **Citizenship in Health: Social and Human Barometer – New Challenges in Caring with Humanity**, held in a hybrid format, in-person at the Carlos Pereira Auditorium of the School of Health of Viseu, and online via the Colibri/Zoom platform, on March 14th and 15th, 2025.

Identidade conferida pelo Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde de Viseu.
Scientific recognition conferred by the Technical-Scientific Council of the Escola Superior de Saúde de Viseu.

Viseu, 03 de abril de 2025 | Viseu, april 03, 2025

A Presidente da ACEPS,

Professora Doutora Madalena Cunha

O Presidente do Conselho Técnico-Científico,

Professor Doutor António Madureira Dias

Anexo VII

Certificado de apresentação do Poster “Capacitação do doente com alteração da mobilidade e funcionalidade agravada durante o internamento – Projeto de melhoria contínua”



CERTIFICADO

Certifica-se que **Isabel Neves** apresentou o Poster com o título “**Capacitação do doente com alteração da mobilidade e funcionalidade agravada durante o internamento - Projeto de melhoria contínua**” dos autores **Isabel Neves, Paula Rocha, Carlos Albuquerque, Susana Batista** no I Congresso Nacional de Saúde Pública e Comunitária organizado pelos Docentes da Unidade Científica-Pedagógica de Enfermagem de Saúde Pública, Familiar e Comunitária e Discentes da 1.ª edição do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, da Escola Superior de Saúde de Viseu, que se realizou de modo híbrido, presencialmente no Auditório Carlos Pereira da Escola Superior de Saúde de Viseu e online na plataforma colibri/zoom no dia 08 de abril de 2025.


Idoneidade conferida pelo Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Viseu, 30 de abril de 2025

A Presidente da
Escola Superior de Saúde de Viseu,


Professora Doutora Manuela Ferreira

O Presidente do
Conselho Técnico-Científico,


Professor Doutor António Madureira Dias

