



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Estágio de Enfermagem de Reabilitação II e Relatório

Benefícios dos Programas de Atividade Física Realizados por Idosos Residentes na Comunidade – *Scoping Review*

Helena Isabel Amador Cabral

outubro de 2025



7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Estágio de Enfermagem de Reabilitação II e Relatório

Benefícios dos Programas de Atividade Física Realizados por Idosos Residentes na Comunidade – *Scoping review*

Helena Isabel Amador Cabral

Trabalho efetuado sob a orientação:

Professor Doutor Carlos Manuel Sousa Albuquerque

outubro de 2025

Agradecimentos

Agradeço ao Professor Doutor Carlos Albuquerque pela orientação, disponibilidade, acompanhamento e dedicação.

Agradeço aos enfermeiros tutores, aos docentes da ESSV, aos colegas de turma pelo apoio neste processo formativo.

Agradeço aos colegas do meu grupo de trabalho pelo espírito de equipa, companheirismo e entreaajuda.

Agradeço à minha família pelo amor incondicional que me fortalece.

Resumo

Introdução: A Enfermagem de Reabilitação, enquanto área especializada com conhecimentos científicos e técnicos avançados, centrar-se na maximização da funcionalidade e na promoção da autonomia. Os estágios constituem o momento determinante para aprimorar o conhecimento teórico/prático, adquirir e consolidar competências.

Objetivos: Descrever o percurso de aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Reabilitação (EEER) e mapear os benefícios dos programas de atividade física realizados por idosos residentes na comunidade.

Métodos: O relatório foi estruturado em duas partes. A primeira corresponde à componente clínica, onde se recorreu à metodologia descritiva e reflexiva sobre o processo de desenvolvimento de competências comuns e específicas. Na segunda parte é apresentada a *scoping review* “Benefícios dos Programas de Atividade Física Realizados por Idosos residentes na Comunidade”, conduzida segundo a metodologia do *Joanna Briggs Institute* e reportada de acordo com o PRISMA-ScR.

Resultados: Os estágios permitiram aplicar conhecimentos e consolidar uma prática baseada na evidência científica. A investigação reforçou a capacidade de pesquisa, análise crítica e produção de conhecimento científico. A *scoping review* incluiu 8 estudos que evidenciaram benefícios consistentes dos programas atividade física multicomponentes ao nível da força muscular, equilíbrio, mobilidade e resistência cardiorrespiratória, com benefícios positivo manutenção da funcionalidade do idoso.

Conclusão: O percurso clínico alicerçou as competências essenciais do EEER, enfatizando o seu papel na promoção da autonomia e qualidade de vida. A *scoping review* comprovou a relevância das intervenções do EEER associadas à prática de atividade física no idoso, promotoras de um envelhecimento ativo, centrado na prevenção do declínio funcional e maximização da autonomia.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação; Competências; Idoso; Programas de Atividade Física

Abstract

Introduction: Rehabilitation Nursing, as a specialized field with advanced scientific and technical knowledge, focuses on maximizing functionality and promoting autonomy. Internships are crucial for enhancing theoretical and practical knowledge and acquiring and consolidating skills.

Objectives: To describe the path of acquisition of common and specific skills of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing (EEER) and to map the impact of physical activity programs carried out by elderly people living in the community.

Methods: The report was structured in two parts. The first corresponds to the clinical component, which used a descriptive and reflective methodology on the process of developing common and specific skills. The second part presents the scoping review "Physical activity programs carried out by community-dwelling older adults," conducted according to the Joanna Briggs Institute methodology and reported according to PRISMA-ScR.

Results: The internships allowed for the application of knowledge and the consolidation of evidence-based practices. The research strengthened research capacity, critical analysis, and the production of scientific knowledge. The scoping review included eight studies that demonstrated consistent benefits of multicomponent physical activity programs in terms of muscle strength, balance, mobility, and cardiorespiratory endurance, with a positive impact on maintaining functionality in older adults.

Conclusion: The clinical course laid the foundation essential EEER competencies, emphasizing their role in promoting autonomy and quality of life. The scoping review demonstrated the relevance of EEER interventions associated with physical activity in older adults, promoting active aging, focused on preventing functional decline and maximizing autonomy.

Keywords: Rehabilitation Nursing; Skills; Elderly; Physical Activity Programs

Sumário	Pag
Lista de Tabelas	
Lista de Figuras	
Lista de siglas e acrónimos	
Introdução	16
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	
1- Enquadramento dos Contextos de Estágio	19
2- Análise Reflexiva das Competências Adquiridas	22
2.1- Competências comuns do enfermeiro especialista	22
2.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal	22
2.1.2. Melhoria contínua da qualidade	24
2.1.3. Gestão dos cuidados	27
2.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	29
2.2 - Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação	33
2.2.1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados	34
2.2.2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania	38
2.2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa	41
Referência Bibliográficas	43
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO: “Benefícios dos Programas de Atividade Física Realizados por Idosos Residentes na Comunidade – Scoping Review”	
Introdução	51
1- Metodologia	52
1.1. Critérios de inclusão	53
1.2. Estratégia de pesquisa	54
1.3. Análise e seleção dos artigos	55
2- Resultados	55

3- Discussão	64
Conclusão	66
Referência Bibliográficas	67
Considerações Finais	71
Apêndices	
Apêndice I- Panfleto " Exercícios de Reabilitação na Artroplastia do Ombro"	74
Apêndice II- Panfleto " Hidrocefalia de Pressão Normal"	76
Apêndice III- Panfleto " Alimentação por Sonda Nasogástrica"	78
Apêndice IV- Panfleto " Disfagia"	80
Apêndice V- Panfleto " Formulário de Registos de Enfermagem de Reabilitação"	82
Apêndice VI- Panfleto" Programa de reabilitação dirigido a uma pessoa com lesão medular"	89

Lista de tabelas

Tabela 1 – Critérios de inclusão dos estudos segundo a mnemónica PCC (Participantes, Conceito e Contexto)

Tabela 2 – Estratégia de pesquisa para a MEDLINE (via PubMed), CINAHL Complete, PEDro e RCAAP

Tabela 3 – Autores, desenho metodológico, população e contexto dos estudos analisados

Tabela 4 – Características das intervenções e principais resultados dos estudos incluídos

Tabela 5 – Benefícios dos programas de atividade física realizados por idosos na comunidade, agrupado por domínios

Lista de figuras

Figura 1 – Fluxograma PRISMA 2020 do processo de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão dos estudos na revisão (adaptado de Page et al., 2021)

Lista siglas e acrónimos

AF – Atividade Física

ASIA – American Spinal Injury Association Impairment Scale

AT – Atividade Física (no contexto dos estudos analisados)

AVD – Atividades de Vida Diária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BCDF / SPPB – Bateria Curta de Desempenho Físico / Short Physical Performance Battery

BJH – Bogenhausen Dysphagia Score

CMS – Centers for Medicare & Medicaid Services

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

GC – Grupo de Controlo

GI – Grupo de Intervenção

GUSS – Gugging Swallowing Screen

JBI – Joanna Briggs Institute

LCAD – London Chest Activity of Daily Living Scale

MIF – Medida de Independência Funcional

MMSE – Mini-Mental State Examination

mMRC – Modified Medical Research Council Dyspnea Scale

MRC – Medical Research Council Scale for Muscle Strength

OMS / WHO – Organização Mundial da Saúde / World Health Organization

PCC – População, Conceito, Contexto

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

TUG – Timed Up and Go

Introdução

O presente relatório insere-se no âmbito da Unidade Curricular Estágio em Enfermagem de Reabilitação II com Relatório Final, do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Viseu, do Instituto Politécnico de Viseu, e constitui um dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Esta unidade curricular corresponde ao 3.º semestre do curso, com um total de 30 ECTS e 810 horas de trabalho, das quais 408 horas corresponderam a estágio clínico, 50 horas a orientação tutorial e 10 horas a seminários.

O percurso formativo decorreu entre 24 fevereiro e 4 julho de 2025, abrangendo diferentes contextos hospitalares, comunitários e institucionais. Os estágios foram realizados no Serviço de Ortopedia e Serviço de Medicina B do Hospital Sousa Martins (Unidade Local de Saúde da Guarda), no Serviço de Neurocirurgia da Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões, na Unidade de Cuidados Continuados de Almeida, na Equipa de Cuidados Continuados Integrados Guarda/Manteigas e na Residência Sénior Dona Ana, na Guarda. Cada um destes contextos contribuiu para a consolidação de aprendizagens diferenciadas e para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), proporcionando o contacto com equipas multidisciplinares e a vivência de situações clínicas complexas.

Adicionalmente, esta unidade curricular integra uma componente de investigação, desenvolvida sob a forma de scoping review intitulada “*Benefícios dos Programas de Atividade Física Realizados por Idosos residentes na Comunidade*”. Este estudo teve como objetivo mapear a evidência científica relativa ao benefício destes programas em pessoas com 65 ou mais anos, residentes na comunidade, analisando a sua contribuição para a melhoria da capacidade funcional e dos indicadores psicossociais.

O Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação visa o desenvolvimento de competências especializadas que permitam ao EEER conceber, implementar e monitorizar planos diferenciados de cuidados, promovendo a autonomia, a funcionalidade e a reintegração social da pessoa (Regulamento n.º 392/2019, Ordem dos Enfermeiros). Neste enquadramento, o estágio em contexto clínico assume um papel fundamental na transição de enfermeira para enfermeira especialista, permitindo articular

teoria e prática, aplicar a evidência científica mais recente e desenvolver uma prática reflexiva e crítica.

O principal objetivo deste relatório é, assim, demonstrar o processo de aquisição e desenvolvimento de competências em Enfermagem de Reabilitação, evidenciando aprendizagens, desafios e contributos para a prática profissional. Para tal, o documento encontra-se estruturado em duas partes distintas: a Parte I – Componente de Estágio, que apresenta os contextos clínicos frequentados e a análise crítica das competências desenvolvidas; e a Parte II – Componente de Investigação, que expõe a metodologia, resultados e discussão da scoping review realizada.

A escolha do tema relativo à investigação prede-se com a realidade crescente a nível global do envelhecimento demográfico, trazendo consigo desafios significativos para os sistemas de saúde, particularmente no que diz respeito à promoção da autonomia, funcionalidade e qualidade de vida dos idosos. Como tal, revela-se crucial refletir sobre as intervenções associadas à prática de atividade física no idoso promotoras de um envelhecimento ativo, centrado na prevenção do declínio funcional e maximização da autonomia.

A elaboração deste relatório seguiu uma abordagem reflexiva e retrospectiva, apoiada nas experiências vividas em contexto de estágio, no acompanhamento de tutores clínicos e professores orientadores, bem como na revisão da literatura pertinente. Esta metodologia permitiu integrar teoria e prática, promovendo a aprendizagem contínua e reforçando o pensamento crítico, elementos fundamentais para a consolidação da identidade profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

1- Enquadramento dos Contextos de Estágio

Os estágios de natureza profissional constituem momentos privilegiados de aprendizagem, permitindo integrar e aplicar conhecimentos teóricos em situações reais de prática clínica. Representam uma oportunidade essencial para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), proporcionando o contacto direto com diferentes contextos de cuidados e com equipas multidisciplinares. O percurso formativo decorreu entre 24 fevereiro e 4 julho de 2025 e incluiu cinco estágios em diversos contextos hospitalares e comunitários, cada um com características próprias e determinantes para a consolidação de aprendizagens diferenciadas.

O primeiro estágio realizou-se no Serviço de Ortopedia do Hospital Sousa Martins, Unidade Local de Saúde da Guarda, entre 24 de fevereiro e 28 de março de 2025, com uma duração de 80 horas distribuídas por 10 turnos. Este serviço, com uma lotação de 32 camas, recebe doentes do foro orto-traumatológico e reumatológico, na sua maioria idosos admitidos por fraturas do fémur proximal em consequência de quedas ou para artroplastias articulares da anca, joelho e do ombro em resultado de processos degenerativos. A equipa multidisciplinar é constituída por médicos ortopedistas, enfermeiros, incluindo quatro EEER, nutricionista e assistente social. O método de trabalho é o individual, permitindo a cada enfermeiro assumir a responsabilidade integral pela pessoa durante o turno.

A intervenção do EEER neste serviço não carece de referenciação formal realizada pelo médico do cliente com necessidade de cuidados de reabilitação, neste sentido o EEER é detentor de autonomia responsável na realização das suas intervenções especializadas. Destaco o bom relacionamento, colaboração mútua e respeito entre equipas multidisciplinares, especialmente entre profissionais de enfermagem e equipa médica, contribuindo para a elevada qualidade dos cuidados de saúde.

Neste contexto, o papel do EEER revelou-se determinante na mobilização precoce, treino de marcha e de escadas, ensino de precauções pós-operatórias,

capacitação da pessoa e do cuidador para os autocuidados, bem como na adaptação ao uso de ajudas técnicas. Foram utilizados recursos como aparelhos artromotores, canadianas, andarilhos e talas. O serviço tem implementado diversos projetos institucionais, nomeadamente o Programa TOMBO está fundamentalmente orientado para a vigilância, o controlo e tratamento após a ocorrência de uma fratura osteoporótica por queda, prevenindo o surgimento de nova fratura (prevenção secundária), e o Projeto Enfermagem Transversal que possibilita a aplicação de dorsolombostatos em pessoa com fratura de coluna que recorrem à urgência e que não carecem de internamento, desta forma a existência deste projetos reforçam a continuidade dos cuidados de reabilitação e contribuem para ganhos efetivos em saúde.

Seguidamente, entre 31 de março e 24 de abril de 2025, decorreu o estágio no Serviço de Neurocirurgia da Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões, com a duração de 72 horas, distribuídas por 9 turnos. O serviço dispõe de 24 camas, organizadas entre cuidados intermédios, enfermarias gerais e quartos de isolamento, acolhendo pessoas com patologias neurológicas e traumáticas, como traumatismos crânio-encefálicos, acidentes vasculares cerebrais, tumores do sistema nervoso central e lesões medulares. A equipa integra médicos neurocirurgiões, fisiatra, fisioterapeutas, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional, nutricionista, assistente social e enfermeiros, incluindo EEER, que desempenham um papel essencial na reabilitação da pessoa com lesão neurológica. Neste serviço, a intervenção de enfermagem de reabilitação centrou-se no treino motor, respiratório e cognitivo, no ensino de estratégias compensatórias e na capacitação da família/cuidador para a continuidade dos cuidados após a alta. A complexidade clínica e a vulnerabilidade das pessoas internadas exigiram uma abordagem interdisciplinar, em que a prática do EEER se revelou imprescindível para a maximização da independência nas Atividade de Vida Diária (AVD) e promoção da autonomia no seu projeto pessoal de vida.

O terceiro estágio ocorreu novamente no Hospital Sousa Martins, desta vez no Serviço de Medicina B, entre 28 de abril e 30 de maio de 2025, com uma duração de 90 horas, correspondentes a 11,25 turnos. Este serviço, com 40 camas, acolhe doentes com patologias neurológicas, vasculares e degenerativas, caracterizados por idade avançada, múltiplas comorbilidades e elevado grau de dependência funcional. O internamento prolongado constitui um risco acrescido de declínio funcional, o que torna imprescindível a intervenção precoce do EEER. A equipa multidisciplinar integra médicos internistas, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, nutricionista, assistente social e enfermeiros,

incluindo EEER, e encontra-se apoiada pelo projeto Learn2Care, concebido para prevenir complicações da imobilidade, promover treino funcional e capacitar a pessoa e o cuidador para a continuidade de cuidados após a alta. Neste contexto, a prática de enfermagem de reabilitação envolveu a avaliação da funcionalidade, a prescrição e implementação de programas de treino motor, respiratório e cognitivo, o ensino de estratégias de autogestão e a capacitação para a independência nos autocuidados, com vista à promoção da autonomia e da qualidade de vida.

Finalmente, entre 2 de junho e 4 de julho de 2025, decorreram três estágios em unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI). Estes incluíram a Unidade de Cuidados Continuados (UCC) de Almeida (42 horas, 5,25 turnos), a Equipa de Cuidados Continuados Integrados Guarda/Manteigas (82 horas, 10,25 turnos) e a Residência Sénior Dona Ana, na Guarda (42 horas, 5,25 turnos). Estes contextos proporcionaram a experiência da continuidade de cuidados após o internamento hospitalar e o acompanhamento de pessoas em fase de reabilitação pós-aguda ou em situação de institucionalização. A atuação do EEER centrou-se no treino funcional, na capacitação para as AVD, na prescrição e ensino de utilização de ajudas técnicas e na promoção de ambientes seguros. A proximidade com a comunidade e com a família/cuidador constituiu uma mais-valia, permitindo preparar a pessoa para a reinserção e para o exercício pleno da cidadania.

Este percurso permitiu ainda observar a aplicação de diferentes modelos de cuidados, com predominância do método individual de trabalho, em que cada enfermeiro assume a responsabilidade integral pela pessoa ao longo do turno, garantindo a continuidade e a personalização da assistência. Esta forma de organização articula-se com os princípios da Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem, visível na capacitação da pessoa e do cuidador para gerir o regime terapêutico e prevenir complicações no domicílio. De forma transversal a todos os estágios, destacou-se a relevância da Teoria das Transições de Afaf Meleis, considerando que as pessoas acompanhadas se encontravam em processos de mudança significativos, decorrentes de doença aguda, hospitalização, reabilitação ou institucionalização, exigindo um acompanhamento próximo que facilitasse a adaptação, a reintegração e a continuidade dos cuidados. Assim, a prática observada integrou os princípios fundamentais de várias teorias de enfermagem, que se complementam na prestação de cuidados holísticos, especializados e centrados na pessoa.

2- Análise Reflexiva das Competências Adquiridas

Nos últimos anos, os cuidados de saúde e em particular os cuidados de enfermagem têm adquirido uma importância crescente, em resposta à complexidade e diversidade das necessidades em saúde da população. Esta evolução exige dos profissionais competências técnicas e científicas cada vez mais diferenciadas, que garantam a qualidade e a segurança da prática clínica. Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros publicou o Regulamento n.º 140/2019, que estabelece o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista, com o objetivo de uniformizar critérios e reforçar a objetividade e transparência do exercício profissional. Assim, estas competências comuns, partilhadas por todas as áreas de especialização em enfermagem, refletem a capacidade acrescida de conceber, gerir e supervisionar cuidados, sustentando o desempenho profissional através da formação, da investigação e da assessoria (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

2.1. Competências comuns do enfermeiro especialista

A análise reflexiva das competências adquiridas ao longo dos diferentes contextos de estágio permitiu evidenciar o percurso de desenvolvimento profissional realizado durante este processo formativo. Este exercício possibilitou não apenas reconhecer as aprendizagens consolidadas, mas também identificar oportunidades de melhoria e de crescimento contínuo. Assim, apresentam-se de seguida as competências comuns do enfermeiro especialista, enquadradas nos referenciais normativos da profissão e ilustradas com exemplos concretos da prática clínica vivenciada.

2.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal constitui um eixo fundamental da prática do enfermeiro especialista, exigindo uma atuação sustentada em princípios éticos, normas legais e valores deontológicos que assegurem a prestação de cuidados de qualidade, justos e centrados na pessoa. No decurso dos estágios realizados

em diferentes contextos foi possível consolidar e aprofundar esta competência, em conformidade com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, Ordem dos Enfermeiros), com o Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2015) e com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 1996).

A prática clínica esteve sempre pautada pelo respeito pelos direitos fundamentais da pessoa, pela defesa da sua dignidade e autonomia e pela equidade no acesso aos cuidados, independentemente da idade, condição clínica ou contexto sociocultural. Como defendem Beauchamp e Childress (2013), os princípios da bioética — autonomia, beneficência, não maleficência e justiça — devem orientar a tomada de decisão, e a sua aplicação foi evidente em múltiplas situações vivenciadas ao longo dos estágios.

No Serviço de Ortopedia, por exemplo, foi frequente lidar com pessoas submetidos a artroplastias ou a cirurgias pós-fratura que manifestavam dor intensa durante os exercícios de mobilização precoce. Nessas situações, tornou-se essencial respeitar a autonomia da pessoa, reconhecendo a sua vontade, mas também sensibilizando-a para os riscos da imobilidade e para a importância do movimento na recuperação. Este equilíbrio entre a decisão clínica e o respeito pela dignidade do doente traduziu, na prática, a integração dos princípios bioéticos e o que Resende et al. (2018) identificam como a essência da conduta ética em enfermagem: alinhar atos profissionais com valores de cuidado e responsabilidade.

Na Neurocirurgia, a complexidade dos quadros clínicos acentuou a importância deste domínio, pois muitas das pessoas encontravam-se incapazes de comunicar ou de participar ativamente no processo de decisão. A comunicação eficaz com a família/cuidador foi, nestes casos, determinante para garantir o consentimento informado e a continuidade dos cuidados de acordo com os desejos e valores da pessoa. Este tipo de prática vai ao encontro da reflexão de Hosseini Choupani et al. (2024), que destacam a sensibilidade ética dos enfermeiros como elemento crucial na gestão de dilemas em contextos de elevada vulnerabilidade.

Nos contextos de Medicina B e de cuidados continuados, a vulnerabilidade associada à idade avançada e às múltiplas comorbilidades reforçou a necessidade de assegurar práticas de cuidados humanizados, respeitando a privacidade e a confidencialidade da informação clínica. O envolvimento ativo da família/cuidador no plano terapêutico constituiu um meio de promover autonomia e justiça, respondendo àquilo que a literatura clássica de Donabedian (1980) já defendia na sua tríade de

qualidade: a responsabilidade ética do enfermeiro não se limita ao ato clínico, mas deve estar integrada na estrutura, nos processos e nos resultados em saúde.

Todas as intervenções foram realizadas dentro dos limites da competência profissional, suportadas em conhecimento científico atualizado, protocolos institucionais e prática baseada na evidência. O recurso a uma postura reflexiva e crítica, conforme proposto por Machado (2015), permitiu que cada decisão fosse não apenas tecnicamente correta, mas também eticamente consistente, orientada por princípios de justiça, equidade e respeito pelos direitos humanos. Este entendimento é reforçado por Dennis (2022), que identifica a tomada de decisão ética em enfermagem como um processo que depende tanto da competência individual como da cultura ética das organizações.

A relevância desta dimensão é igualmente sublinhada por Grace e Uveges (2022), que defendem que a responsabilidade ética em enfermagem avançada exige não só conhecimento técnico diferenciado, mas também a capacidade de assumir decisões complexas em cenários de incerteza. Do mesmo modo, a American Nurses Association (Stokes, 2023) enfatiza o papel dos enfermeiros na promoção de ambientes de prática eticamente responsáveis, onde a integridade, a transparência e a defesa da dignidade humana são princípios estruturantes.

Por fim, a prática demonstrou a importância do EEER como elemento de referência dentro da equipa multidisciplinar. Em Ortopedia, Neurocirurgia e Medicina B foi frequente o recurso ao especialista para validar intervenções ou orientar estratégias de capacitação, confirmando que a experiência e o conhecimento avançado do EEER contribuem para diagnósticos mais rigorosos, avaliações mais específicas e previsões de resultados mais realistas.

Assim, os objetivos previstos para este domínio foram plenamente atingidos, tendo sido desenvolvida uma prática profissional centrada na pessoa, eticamente exigente e legalmente enquadrada, em conformidade com os referenciais orientadores da profissão e com as reflexões contemporâneas sobre ética em enfermagem.

2.1.2. Melhoria contínua da qualidade

O compromisso com a melhoria contínua da qualidade é um dos pilares da prática do enfermeiro especialista, traduzindo-se na implementação de cuidados seguros, eficazes e baseados na melhor evidência científica disponível. Esta competência, preconizada no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

(Regulamento n.º 140/2019, Ordem dos Enfermeiros), implica a capacidade de avaliar criticamente a prática, identificar oportunidades de melhoria e adotar estratégias que promovam ganhos em saúde.

Como já referido na literatura clássica de Donabedian (1980) estabelece que a qualidade em saúde deve ser analisada numa tríade composta por estrutura, processo e resultado, salientando que a melhoria dos cuidados exige uma abordagem sistemática e contínua. Estudos mais recentes vêm reforçar esta visão, acrescentando a necessidade de integrar dimensões organizacionais e culturais. Finn et al. (2024) demonstram que intervenções dirigidas à cultura de segurança têm benefício positivo na perceção da equipa e na obtenção de resultados clínicos sustentáveis, mostrando que a qualidade não depende apenas de processos técnicos, mas também da forma como os profissionais interiorizam práticas seguras. Ricciardi et al. (2021) acrescentam uma perspetiva de futuro, defendendo que os sistemas de saúde só alcançarão padrões elevados de qualidade se promoverem adaptação contínua, inovação e integração de abordagens centradas na pessoa. Já Dunlap et al. (2024) destacam que as iniciativas de melhoria de qualidade são mais eficazes quando incorporam diretamente a evidência científica, estabelecendo uma ponte sólida entre investigação e prática clínica.

Também a nível nacional este compromisso é assumido como prioridade estratégica. A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, aprovada pelo Despacho n.º 5613/2015, definiu qualidade como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e assegura a adesão e satisfação do cidadão. Embora esta tenha sido a última estratégia nacional dedicada em exclusivo à qualidade, atualmente a orientação é complementada por outros instrumentos: o Plano Nacional de Saúde 2021-2030, que integra objetivos de qualidade, eficiência e equidade no acesso; a Agenda Estratégica para a Qualidade 2030, que propõe linhas de ação inovadoras e metas para a melhoria dos cuidados; e o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, que reforça a articulação entre qualidade, segurança e resultados em saúde. Estes documentos constituem referenciais essenciais para orientar a prática profissional, articulando a eficácia clínica com a humanização e a segurança dos cuidados.

Nos diferentes contextos de estágio, foi possível operacionalizar esta competência através da participação ativa em projetos institucionais e na reflexão crítica sobre a prática. Em Ortopedia, a aplicação do Programa TOMBO, direcionado para a prevenção de quedas, constituiu uma oportunidade para compreender como protocolos estruturados

contribuem para a segurança da pessoa, prevenindo complicações e promovendo ganhos funcionais. No contexto de internamento a monitorização diária da mobilidade com recurso a escala de Tinetti e o ensino sistemático de medidas preventivas à pessoa e família refletiram uma prática assente na melhoria contínua e na prevenção de eventos adversos.

No Serviço de Neurocirurgia, a elevada complexidade das pessoas com evento neurológico e o risco acrescido de complicações exigiram uma vigilância rigorosa e sistemática. É parte integrante e imprescindível a avaliação funcional precoce e pormenorizada, recorrendo à realização do exame neurológico, aplicação de escalas padronizadas avaliando nomeadamente o estado de consciência aplicando escala de reatividade coma de Glasgow e a escala Rancho Los Amigos. Para identificar a capacidade cognitiva apliquei o Mini Cog e a Mini-Mental. Apliquei a escala American Spinal Injury Association (ASIA) avaliando o grau de força nos músculos chave e a sensibilidade nos pontos chave, identificando o nível neurológico da lesão e se ela é completa ou incompleta, assim como a Escala Medical Research Council (MRC) para avaliar o grau de força. A monitorização da evolução clínica recorrendo às escalas permitiram ajustar o plano de cuidados e demonstraram, na prática, a importância de utilizar indicadores de qualidade como ferramenta de gestão clínica.

Em Medicina B, a integração no projeto Learn2Care constituiu um exemplo concreto de melhoria contínua, através da implementação de exercícios músculo-articulares e treino de mobilidade destinados a minimizar o declínio funcional durante o internamento. A inclusão da família/cuidador no processo demonstrou a relevância de uma abordagem participativa e multifocal, confirmando a perspetiva de Ricciardi et al. (2021), para quem a qualidade só é alcançada quando existe capacidade de adaptação constante às necessidades emergentes das pessoas e das organizações.

Na UCC e na ERPI, a melhoria contínua da qualidade traduziu-se sobretudo na capacitação da pessoa e dos cuidadores formais e informais, assegurando a continuidade do plano de reabilitação após a alta hospitalar. A implementação de programas de treino funcional, atendendo à prevenção de úlceras por pressão e de quedas, monitorizado através da aplicação sistemática da escala de Braden, e Tinett. Maximizado a capacidade funcional e mobilidade com recurso a ajudas técnicas e a adaptação do ambiente domiciliar ou institucional constituíram práticas seguras que permitiram ganhos em saúde mensuráveis. De igual forma, a aposta na literacia em saúde, através de ensinamentos adaptados, confirmou a pertinência do que Dunlap et al. (2024) defendem: as práticas de qualidade

são mais eficazes quando sustentadas em evidência científica e transmitidas de forma acessível e compreensível para a pessoa e cuidadores.

Para além destas iniciativas concretas, a prática em contexto de estágio evidenciou que o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação deve assumir-se como agente de mudança, promovendo a inovação, a reflexão crítica e a partilha de boas práticas junto da equipa multidisciplinar. Este papel dinâmico permite não apenas a implementação de estratégias corretivas imediatas, mas também a criação de uma cultura organizacional orientada para a qualidade e a segurança, em que todos os profissionais se envolvem ativamente na prevenção de incidentes e na promoção de cuidados centrados na pessoa. Esta visão vai ao encontro do preconizado por Finn et al. (2024), ao sublinharem que a consolidação de uma cultura de segurança depende do compromisso coletivo das equipas e da interiorização de práticas seguras que resultem em ganhos sustentáveis para as pessoas.

Outro aspeto essencial prende-se com a monitorização contínua dos resultados obtidos. A utilização de indicadores de qualidade e segurança, tais como a incidência de quedas, úlceras por pressão ou eventos adversos associados à terapêutica, mostrou-se uma ferramenta fundamental para avaliar o benefício das intervenções e identificar áreas prioritárias de melhoria. Como defendem Ricciardi et al. (2021), a qualidade em saúde exige uma adaptação permanente e um sistema de avaliação robusto que permita antecipar desafios e alinhar os cuidados com as necessidades emergentes da população. Neste sentido, a integração de práticas baseadas na evidência, conforme salientado por Dunlap et al. (2024), assegura que as iniciativas de melhoria contínua não se limitam a respostas pontuais, mas se traduzem em mudanças sustentáveis que reforçam a eficácia, a segurança e a humanização dos cuidados prestados.

2.1.3. Gestão dos cuidados

A gestão dos cuidados é uma competência comum do enfermeiro especialista que se traduz na capacidade de planear, organizar, coordenar e avaliar intervenções, garantindo a continuidade e a eficácia do processo terapêutico. O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, Ordem dos Enfermeiros) explicita que esta dimensão deve assegurar a utilização eficiente dos recursos disponíveis, a articulação entre níveis de cuidados e a promoção da segurança e qualidade da prática clínica.

Segundo Marquis e Huston (2021), a liderança e a gestão em enfermagem implicam a tomada de decisão fundamentada, a comunicação eficaz e a motivação das equipas, permitindo que os cuidados sejam prestados de forma integrada, segura e centrada na pessoa. Também Yoder-Wise (2019) refere que a gestão de cuidados deve estar alicerçada numa visão holística, promovendo a coordenação interdisciplinar e a utilização criteriosa de recursos humanos e materiais.

Nos diferentes contextos de estágio, esta competência assumiu particular relevância. Em Ortopedia, a gestão dos cuidados refletiu-se na priorização de intervenções em doentes recém-operados, garantindo a mobilização precoce e a prevenção de complicações, em articulação com os enfermeiros de cuidados gerais e médicos ortopedistas.

Em Neurocirurgia o EEER além de prestar cuidados de reabilitação, tem a responsabilidades de gestão, planeamento e distribuição dos cuidados atendendo às prioridades das pessoas acometidas com patologia neurológica, acresce integrar a visita médica estabelecendo posteriormente a interligação com a equipa de enfermagem, cabe-lhe aferir as condições de continuidade de cuidados no pós alta de forma a identificar as situações que carecem de encaminhamento para a rede de cuidados continuados, zelando em suma pela coordenação, organização e funcionamento equilibrado do serviço. Saliento o exemplo no serviço de Neurocirurgia, durante o acompanhamento de um doente submetido a craniotomia por traumatismo cranioencefálico, dada a complexidade da situação clínica, que exigia monitorização contínua do nível de consciência, parâmetros neurológicos e evolução funcional, tornou-se essencial registar de forma detalhada todas as observações. A inclusão de dados objetivos como valores da Escala de Glasgow, alterações na motricidade e respostas aos exercícios de reabilitação permitiu não só assegurar a continuidade dos cuidados entre turnos, mas também fornecer informação clara e acessível à equipa médica para fundamentar decisões terapêuticas. Este caso evidenciou a relevância de um registo clínico rigoroso como ferramenta de comunicação, planeamento e segurança, reforçando a responsabilidade do EEER na gestão da informação em contextos de elevada complexidade.

Em Medicina B, a gestão centrou-se na elaboração e priorização de implementação do plano de reabilitação funcional da pessoa maioritariamente idosa com múltiplas comorbilidades, havendo articulação do trabalho do EEER com outros profissionais (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais) e garantindo a continuidade dos cuidados após a alta através do envolvimento com a família/cuidador.

Nos Cuidados Continuados e na ERPI, a gestão dos cuidados implicou avaliar os contextos domiciliários e institucionais, identificar riscos ambientais e propor adaptações com recurso a ajudas técnicas, assegurando um ambiente seguro e facilitador de autonomia e qualidade de vida.

Esta competência incluiu igualmente a gestão da informação clínica, através da recolha sistematizada, garantindo a comunicação eficaz entre profissionais e a rastreabilidade dos cuidados prestados. Como refere a Ordem dos Enfermeiros (2015), a gestão da informação é parte integrante da responsabilidade ética e legal do enfermeiro, devendo respeitar o dever de sigilo profissional.

A partilha de conhecimentos científicos em reuniões de equipa, nomeadamente através da apresentação de normas de prevenção de quedas e de protocolos de reabilitação funcional, constituiu outra vertente da gestão ativa e responsável dos cuidados, promovendo não só a qualidade assistencial, mas também o desenvolvimento contínuo da equipa de enfermagem.

Deste modo, a competência de gestão dos cuidados foi desenvolvida ao longo dos estágios pela articulação interdisciplinar, pela utilização eficiente de recursos, pela organização do processo terapêutico e pela liderança de práticas seguras e centradas na pessoa. Esta abordagem confirma o que autores como Marquis e Huston (2021) defendem: que o enfermeiro especialista, ao assumir funções de gestão, contribui não apenas para a eficácia organizacional, mas também para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e para a valorização da profissão.

2.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais constitui uma competência essencial do enfermeiro especialista, traduzindo-se na responsabilidade de atualizar continuamente conhecimentos, integrar a evidência científica na prática clínica e partilhar saberes com a equipa multidisciplinar. O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, Ordem dos Enfermeiros) destaca que a aprendizagem ao longo da vida é indispensável para garantir práticas de enfermagem consistentes, seguras e fundamentadas.

Benner (2001) descreve a evolução do enfermeiro desde principiante até especialista como um processo que depende da combinação entre experiência prática e aprendizagem contínua. Mais recentemente, Cant et al. (2024) reforçam que a simulação

clínica constitui uma estratégia eficaz para consolidar competências, ao permitir que os estudantes e profissionais experimentem cenários complexos em ambiente seguro. De igual forma, Mlambo et al. (2021) demonstram que o desenvolvimento de competências de aprendizagem ao longo da vida e de formação contínua é essencial para sustentar práticas inovadoras e seguras em enfermagem.

Ao longo dos estágios realizados, foi possível consolidar esta competência através da integração ativa em diferentes contextos de prática e do recurso sistemático a fontes de evidência científica, acerca de temáticas que forem surgindo e me despertaram interesse, contribuindo assim para o desenvolvimento de meu conhecimento, autonomia e segurança na prestação de cuidados.

Em Ortopedia face às necessidades do serviço em termos de formação para a constante melhoria dos cuidados, realizei pesquisa bibliográfica sustentando a realização de um folheto alusivo aos exercícios de reabilitação do ombro na artroplastia (apêndice I). Esta atividade não só promoveu a literacia em saúde e a autonomia da pessoa, como também permitiu exercitar a capacidade de transformar conhecimento científico em recursos pedagógicos simples, acessíveis e aplicáveis no quotidiano clínico.

Em Neurocirurgia de forma a fomentar a literacia em saúde da pessoa e da família ou cuidador, durante o internamento, tendo em vista a alta hospitalar elaborei um tríptico sobre hidrocefalia de pressão normal (apêndice II).

Em Medicina B, a participação no projeto Learn2Care representou um contacto privilegiado com estratégias inovadoras de treino funcional e prevenção da síndrome de imobilização. Através da prática supervisionada, da observação crítica e da análise de resultados obtidos, foi possível ampliar competências na aplicação de exercícios de reabilitação adaptados a diferentes graus de dependência funcional. Para além desta participação por necessidade do serviço em enriquecimento formativo no âmbito da alimentação por via enteral em situações em que a pessoa com alta clínica tem necessidade de ser alimentada por sonda nasogástrica pelo cuidador, realizei um folheto relativo a essa temática, serviu de suporte à literacia em saúde de pessoas e famílias, assegurando maior segurança e adesão ao regime terapêutico (apêndice III).

Nos contextos de Cuidados Continuados e ERPI, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais esteve associado à adaptação da linguagem científica às necessidades da comunidade, através da elaboração de folhetos informativos e da transmissão de ensinamentos ajustados ao nível de literacia em saúde dos utentes e cuidadores. Esta prática revelou-se particularmente desafiadora, uma vez que exigiu a capacidade de

simplificar conceitos técnicos complexos, mantendo a fidelidade ao rigor científico. Mlambo et al. (2021) destacam precisamente que a aprendizagem contínua inclui a aquisição de competências de comunicação acessível, fundamentais para a adesão terapêutica e para a eficácia das intervenções.

Neste percurso, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais foi também enriquecido pela elaboração de diversos trabalhos práticos, que consolidaram a capacidade de pesquisar evidência, estruturar informação e transformá-la em recursos úteis para a prática. A conceção de materiais educativos, como o folheto sobre disfagia em contexto ERPI, traduziu evidência científica em formatos pedagógicos simples, acessíveis e adaptados, promovendo a literacia em saúde e capacitando a pessoa, cuidadores e profissionais (apêndice IV). Em contexto de ECCI A construção de um formulário de registos de enfermagem de reabilitação permitiu aprofundar o domínio da documentação clínica, assegurando a rastreabilidade, a continuidade e a qualidade dos cuidados (apêndice V).

Na UCC a realização de um programa de reabilitação dirigido a uma pessoa com lesão medular teve a oportunidade de aplicar de forma metódica o processo de enfermagem de forma delinear intervenções de reabilitação individualizadas e diferenciadas, promovendo ganhos efetivos na autonomia da pessoa (apêndice VI).

As elaborações dos diversos trabalhos durante o estágio refletiram não apenas a integração entre teoria e prática, mas também o compromisso com a atualização pedagógica contínua na mais atual evidência científica e a disseminação do conhecimento em contexto de equipa, constituindo os pilares centrais do exercício profissional especializado.

Indo ao encontro da perspetiva de Topping e McKenna (2020), reforçou a convicção de que a aprendizagem profissional resulta da interação entre conhecimento teórico, reflexão crítica e prática contextualizada, que sublinham a importância da educação interprofissional para a qualidade dos cuidados.

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais esteve igualmente associado ao fortalecimento das competências de investigação. A elaboração do trabalho de investigação em curso, uma *scoping review* sobre os benefícios dos programas de atividade física realizados por idosos que vivem na comunidade, tem constituído uma oportunidade privilegiada para aprofundar conhecimentos metodológicos, nomeadamente no que respeita à formulação de questões de investigação, à definição de critérios de inclusão segundo a metodologia JBI, à pesquisa sistemática em bases de dados

e à análise crítica da literatura. Este percurso tem permitido consolidar a capacidade de integrar a evidência científica na prática clínica, reforçando a autonomia enquanto enfermeira especialista e a responsabilidade de contribuir para a construção e difusão de conhecimento na área da enfermagem de reabilitação. Para além disso, o contacto com este processo científico tem estimulado o pensamento crítico, a organização e a disciplina investigativa, competências transversais que se refletem diretamente na qualidade dos cuidados prestados e na promoção de práticas fundamentadas na melhor evidência disponível.

A delimitação do domínio temático centrou-se nos programas de atividade física desenvolvidos para idosos que vivem na comunidade, por se tratar de uma área diretamente relacionada com os desafios atuais do envelhecimento populacional e com os domínios de intervenção da Enfermagem de Reabilitação. Esta escolha visou compreender como diferentes abordagens de exercício podem contribuir para preservar a funcionalidade, prevenir a dependência e promover a autonomia, assumindo-se como um eixo central na prática clínica especializada.

A definição deste objeto de estudo emergiu tanto de uma preocupação pessoal em aprofundar conhecimento sobre estratégias eficazes de promoção da funcionalidade em idosos, como do debate desenvolvido nos diferentes contextos de estágio, onde se evidenciou a necessidade de respostas integradas e baseadas em evidência científica para enfrentar a crescente vulnerabilidade funcional da população idosa.

Durante o desenvolvimento do trabalho surgiram algumas dificuldades, nomeadamente a dispersão da literatura sobre atividade física em idosos, que exigiu um processo criterioso de seleção e síntese, a heterogeneidade metodológica dos estudos incluídos, que dificultou a comparação dos resultados, e a limitação de tempo para uma exploração mais abrangente de todas as fontes potenciais. Estas dificuldades foram ultrapassadas através da aplicação rigorosa das recomendações metodológicas do Joanna Briggs Institute, da utilização da mnemónica PCC para clarificar critérios de inclusão e da reflexão contínua com tutores e professores orientadores, o que permitiu afinar o foco e validar as opções metodológicas.

Os resultados obtidos constituem uma mais-valia para a prática clínica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, uma vez que oferecem uma visão atualizada sobre os benefícios dos programas de atividade física realizados por idosos residentes na comunidade. As evidências encontradas reforçam a pertinência de integrar intervenções multicomponentes, adaptadas às necessidades individuais, bem

como de explorar soluções inovadoras como a realidade aumentada ou os modelos híbridos, que potenciam a adesão e a manutenção de comportamentos ativos. Desta forma, esta revisão fornece suporte científico para a conceção, implementação e monitorização de programas de exercício, permitindo fundamentar decisões clínicas, orientar políticas locais de promoção da saúde e contribuir para a prevenção da dependência funcional associada ao envelhecimento.

Ao longo deste percurso, compreendi que o desenvolvimento das aprendizagens profissionais vai muito além da aquisição de novas técnicas ou do domínio de instrumentos de avaliação. Trata-se de um processo contínuo de autodescoberta e de responsabilização, no qual cada experiência prática se transforma numa oportunidade de crescimento. Recordo, por exemplo, situações em que, ao transmitir ensinamentos a doentes e familiares, percebi que a minha forma de comunicar precisava de ser adaptada, levando-me a refletir criticamente sobre como poderia tornar a mensagem mais clara e eficaz. Estas experiências fizeram-me reconhecer que a aprendizagem contínua é indissociável da humildade em aceitar limitações e da motivação para procurar novos conhecimentos, consolidando uma postura profissional orientada para a excelência, a inovação e o compromisso ético com a qualidade dos cuidados.

Em síntese, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais ao longo dos estágios revelou-se um processo dinâmico e multifacetado, sustentado na prática reflexiva, na procura sistemática de evidência científica, na elaboração de materiais educativos, na difusão de conhecimento em contexto clínico, na investigação e na adaptação de estratégias pedagógicas às necessidades das pessoas cuidadas. Este percurso permitiu consolidar a consciência de que a aprendizagem contínua não constitui apenas um dever ético e deontológico, mas é também um requisito essencial para garantir cuidados especializados de reabilitação seguros, eficazes e centrados na pessoa, promovendo a inovação e o crescimento profissional e institucional.

2.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), de acordo com o Regulamento que define as suas competências específicas, é o profissional habilitado a otimizar a função, promover a autonomia e a satisfação da pessoa, preservando a sua autoestima (Regulamento n.º 392/2019). Compete-lhe ainda conceber, implementar e

monitorizar planos diferenciados de enfermagem de reabilitação, construídos a partir dos problemas reais ou potenciais das pessoas, integrando os avanços científicos e desenvolvendo a sua prática com base na evidência mais recente (Regulamento n.º 392/2019).

Assim, o exercício profissional do EEER encontra-se orientado pelas competências específicas previstas no Regulamento n.º 392/2019 (2019), que são:

- Prestar cuidados a pessoas com necessidades especiais em todas as fases do ciclo de vida e em diversos contextos de prática;
- Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação, promovendo a sua reinserção social e exercício pleno da cidadania;
- Maximizar a funcionalidade através do desenvolvimento das capacidades da pessoa.

De seguida, será realizada uma reflexão crítica sobre o desenvolvimento destas competências, sustentada nas experiências vividas em diferentes contextos de aprendizagem clínica e fundamentada nos processos de análise e reflexão partilhados com tutores clínicos e professores orientadores.

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

O cuidado à pessoa com necessidades especiais, em qualquer fase do ciclo de vida e em todos os contextos de prática, constitui um dos eixos centrais do perfil de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), conforme definido no Regulamento n.º 392/2019 da Ordem dos Enfermeiros. Esta competência não se limita à execução de técnicas diferenciadas, mas envolve a capacidade de compreender a singularidade de cada pessoa, identificar recursos e limitações, delinear planos de reabilitação individualizados e acompanhar os processos de adaptação às novas condições de saúde. O cuidar em reabilitação, neste sentido, é um processo contínuo que articula ciência, ética e humanização, com vista à maximização da funcionalidade e à promoção da autonomia.

No contexto de Ortopedia, a intervenção dirigiu-se sobretudo a pessoas submetidas a artroplastias e a cirurgias por fraturas, maioritariamente idosos com elevado risco de complicações associadas à imobilidade. A prática de reabilitação incluiu mobilização precoce, treino de transferências seguras, utilização de meios auxiliares de

marcha, exercícios de reforço muscular e ensinamentos sobre precauções pós-operatórias. Desde o início do processo, foi fundamental avaliar não apenas a condição física, mas também a consciencialização da pessoa relativamente ao processo patológico, ao regime terapêutico e às fases do processo de reabilitação, promovendo o envolvimento ativo e a adesão ao tratamento. Para sustentar esta avaliação, recorri a instrumentos padronizados, como a Medida de Independência Funcional (MIF), a escala de Medical Research Council (MRC), a escala de Borg, o Índice de Tinetti, escala de Morse e o goniómetro, que permitiram quantificar a funcionalidade e orientar intervenções personalizadas.

Recordo, por exemplo, o acompanhamento de uma mulher de 78 anos submetida a artroplastia total da anca após fratura do colo do fémur. À admissão apresentava dor intensa, receio de mobilização e défice de força no membro operado. A avaliação inicial com a MIF evidenciou dependência moderada, a escala MRC confirmou força muscular grau 3 e o Índice de Tinetti apontou para risco elevado de queda. Foi elaborado um programa de reabilitação individualizado com mobilização precoce, treino de transferências com andarilho, exercícios de reforço muscular progressivo e ensinamentos sobre precauções pós-cirúrgicas. e durante os exercícios, utilizei a escala de Borg para monitorizar o esforço e o goniómetro para medir a amplitude articular. Ao longo do internamento verificaram-se ganhos graduais de independência, aumento de força e equilíbrio e maior adesão ao regime terapêutico, refletindo a importância da avaliação sistemática e do envolvimento ativo da pessoa no processo de reabilitação. Estes resultados corroboram a evidência internacional sobre o benefício da mobilização precoce e do treino supervisionado na recuperação funcional após cirurgia da anca, reforçando a relevância do papel do EEER na reabilitação pós-operatória (Sarkies et al., 2023).

Por sua vez no contexto de Neurocirurgia, a prática de reabilitação revelou-se particularmente desafiante pela complexidade clínica das pessoas acompanhadas, exigindo avaliações funcionais sistemáticas e sustentadas em instrumentos específicos, deteção de sinais de choque e compromisso neurovascular. A avaliação inicial incluiu a análise do estado de consciência com a Escala de Coma de Glasgow e a Escala Rancho Los Amigos, complementada por instrumentos cognitivos como o Mini-Cog e o Mini-Mental State Examination. O exame neurológico incluiu a avaliação de pares cranianos, sensibilidade superficial e profunda, força muscular (MRC), tónus (Ashworth), amplitude articular (goniómetro), coordenação (provas dedo-nariz e calcanhar-joelho), bem como escalas de equilíbrio e marcha (Tinetti) e risco de queda (Morse). Em pessoas com lesão medular, apliquei a escala ASIA, determinando o nível neurológico da lesão, e em

situações de disfagia recorri à escala GUSS. Também utilizei a escala de House-Brackmann para paresia facial periférica.

Entre os vários acompanhamentos realizados, destaco um homem de 62 anos internado após traumatismo cranioencefálico com hematoma subdural, apresentava défices motores no hemicorpo direito força de grau 2. A avaliação inicial Mini-Cog revelou défice cognitivo. O risco de queda elevado identificado pela Escala de Morse e a GUSS apontou para disfagia ligeira. Foi definido um plano de reabilitação motora e cognitiva com treino de transferências, mobilização assistida do hemicorpo afetado e estimulação cognitiva. A família foi envolvida no processo, aprendendo estratégias de estimulação para continuidade após a alta. Ao longo do internamento observou-se melhoria da força muscular e da capacidade de interação, evidenciando o benefício da avaliação multidimensional e da intervenção precoce em contexto neurológico. A literatura internacional destaca a importância de avaliações neurológicas multidimensionais e do uso de escalas sensíveis à mudança clínica para monitorizar ganhos funcionais e ajustar planos de intervenção (Moore et al., 2018).

No contexto de internamento de Medicina, a complexidade clínica das pessoas com eventos neurológicos de etiologia neurológica, vascular, degenerativa exigiu uma abordagem global. A avaliação iniciou-se pela anamnese detalhada e exame físico, incluindo inspeção, palpação e auscultação, complementados pela monitorização dos sinais vitais. A avaliação da dor foi realizada de forma minuciosa, considerando localização, intensidade, irradiação e relação com movimentos, e foi igualmente analisada a consciencialização da pessoa sobre a sua condição, adesão ao regime terapêutico e compreensão sobre o processo de tratamento e reabilitação. Entre os exemplos vivenciados, lembro uma utente de 84 anos com acidente vascular cerebral (AVC) isquémico, hipertensão e DPOC. O Mini-Cog evidenciou défice cognitivo e mostrou dependência acentuada nas AVD na Barthel e a Braden risco elevado de úlceras por pressão. A função respiratória foi avaliada com mMRC e Borg, confirmando limitação ao esforço. A deglutição foi avaliada com GUSS (Gugging Swallowing Screen) e BJH (Joanna Briggs Institute), que não revelaram alterações significativas. Foi elaborado um plano de reeducação motora e respiratória com mobilização precoce, treino respiratório, exercícios de transferências e prevenção de úlceras por pressão. Com a continuidade dos cuidados e a participação ativa da cuidadora, a utente recuperou alguma independência nos autocuidados e melhorou a tolerância ao esforço. Este percurso evidenciou a importância da avaliação global e da articulação entre estratégias preventivas e programas

de reabilitação individualizados. Experiências semelhantes têm sido documentadas em sistemas padronizados de avaliação funcional, como o IRF-PAI nos Estados Unidos, que demonstram ganhos consistentes quando a monitorização é sistemática e centrada na pessoa (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2023).

Nos contextos de Cuidados Continuados e ERPI, destacou-se a importância da continuidade e da personalização dos cuidados de reabilitação. Foram realizadas avaliações das AVD, treino de equilíbrio e marcha, ensino de estratégias compensatórias e adaptação de ambientes, com foco na autonomia e dignidade. A vulnerabilidade associada ao envelhecimento e à institucionalização reforçou a necessidade de intervenções humanizadas, capazes de preservar a identidade da pessoa e o seu projeto de vida e promover o máximo de funcionalidade e autonomia possível. Um dos acompanhamentos mais significativos foi o de um homem de 86 anos, institucionalizado sem défice cognitivo, contudo com episódios de múltiplas quedas. A avaliação inicial pelo Índice de Barthel confirmou dependência moderada nos autocuidados, enquanto a Escala de Braden identificou risco moderado de úlceras por pressão. O Índice de Tinetti revelou alterações significativas no equilíbrio e marcha, confirmando um risco elevado de novas quedas. Foi estruturado um plano de intervenção que incluiu exercícios de treino de equilíbrio e força adaptados à sua condição e limitações, treino funcional nas AVD, e a introdução de produtos de apoio (cadeira sanitária e barras de apoio no quarto. Após algumas semanas, observou-se melhoria na estabilidade, maior independência nas AVD e redução do risco de quedas. Este enfoque está alinhado com abordagens internacionais que sublinham a necessidade de programas personalizados em idosos institucionalizados, valorizando a autonomia e a prevenção de complicações (Ricciardi et al., 2021).

A prática em contexto comunitário trouxe igualmente desafios relevantes, em ECCI incluía uma avaliação detalhada do autocuidado (alimentação, mobilidade, higiene, eliminação, recreação), suportada pela aplicação de escalas como Braden, Morse, Barthel. Este enfoque alinha-se com abordagens internacionais que integram avaliação clínica, funcional e psicossocial para orientar planos personalizados e garantir continuidade de cuidados (Schumacher et al., 2023).

Através das avaliações e intervenções desenvolvidas neste contexto comunitário, foi possível diagnosticar precocemente respostas humanas desadequadas, hierarquizar necessidades e implementar planos de intervenção que visaram otimizar a função e reeducar capacidades a nível motor, sensorial, cognitivo, respiratório, da alimentação e da eliminação. Estes planos foram construídos em diálogo com a pessoa e cuidadores,

envolvendo-os na definição de metas e estratégias, e incluíram treino, ensino e utilização de ajudas técnicas para reforçar a autonomia. A família foi envolvida no processo, sendo sensibilizada para a importância da supervisão e do incentivo à mobilização. A segurança esteve sempre presente, garantida pela prevenção de quedas, vigilância de úlceras de pressão e monitorização contínua dos resultados.

De forma reflexiva, este percurso evidenciou que cuidar de pessoas com necessidades especiais exige mais do que domínio técnico: implica uma prática centrada na pessoa, atenta às suas dimensões físicas, emocionais e sociais, e orientada por objetivos de qualidade de vida. A avaliação rigorosa, a utilização de instrumentos validados, a implementação de planos individualizados, a monitorização de resultados e a reformulação de estratégias sempre que necessário constituíram etapas essenciais deste processo. Esta competência foi assim consolidada, permitindo compreender que o benefício da enfermagem de reabilitação se traduz não apenas em ganhos funcionais, mas também na capacitação da pessoa e da sua família para atravessar com maior segurança e dignidade os processos de transição saúde/doença.

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

A capacitação da pessoa constitui um eixo estruturante da prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), conforme definido no Regulamento n.º 392/2019 da Ordem dos Enfermeiros. O objetivo é apoiar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação a reconstruir o seu projeto de vida, favorecendo a autodeterminação, a reintegração social e o exercício pleno da cidadania. Para tal, o EEER deve elaborar programas de treino de AVD, ensinar o uso de produtos de apoio, adaptar estratégias de autocuidado às condições individuais e promover a mobilidade, a acessibilidade e a participação ativa em diferentes contextos de vida.

Nos contextos hospitalares, esta competência assumiu particular relevo. No contexto clínico da Ortopedia, e no seguimento de artroplastias e cirurgias por fratura, a capacitação foi centrada no treino de AVD, incluindo transferências seguras, treino de marcha com andarilho e ensinamentos sobre precauções pós-operatórias. Ensinei, instruí e treinei a pessoa a família ou cuidador acerca do processo de reabilitação: manipulação e uso de ortóteses, meios auxiliares de marcha; movimentos proibidos; estratégias para a

realização do autocuidado, técnicas de conservação de energia na sua realização; estratégia para entrar e sair do carro; sinais de alarme sinónimo de complicações. Este processo não se restringiu ao aspeto técnico, mas procurou promover confiança e segurança, reduzindo a ansiedade associada à alta hospitalar e facilitando o regresso ao domicílio. Procedi ao envolvimento e motivação para a participação da família ou cuidador no processo de continuidade de cuidados no âmbito da reabilitação e readaptação funcional da pessoa, desde o primeiro dia de internamento, identificando a necessidade existente a serem colmatadas e reforço de ensinamentos sempre que necessário. Procurei perceber as condições habitacionais da pessoa, quanto à presença de barreiras físicas arquitetónicas de risco no domicílio (escadas, tapetes entre outros). Identifiquei o impacto das alterações das funções motora, sensorial da pessoa, na realização das atividades de vida diária e readaptação social. Por forma a colmatar estas situações, elucidei sobre estratégias adaptativas: corrimãos; barras de apoio; bancos de apoio na banheira, alteadores de sanita; calçado fechado; uso de calçadeiras e pinças de cabo longo para ajudar a calçar meias, entre outros.

No decorrer do ensino clínico no serviço de Neurocirurgia, a ocorrência de uma lesão no sistema nervoso central, seja ela degenerativa, vascular ou traumática desencadeia uma série de alterações à vida de qualquer pessoa, pois existe uma necessidade de adaptar o projeto de vida pessoal à condição de saúde pós evento neurológico. Neste processo de recuperação e adaptação da pessoa com lesão neurológica, os cuidados diferenciados de enfermagem de reabilitação são imprescindíveis para a capacitação multidimensional da pessoa e promoção da sua reintegração social. A capacitação envolveu o ensino de técnicas de autocuidado adaptadas a pessoas com défices motores e cognitivos após eventos neurológicos. Foram realizados treinos específicos para alimentação adaptada, higiene pessoal e mobilidade, utilizando técnicas compensatórias e dispositivos de apoio. Simultaneamente, foi envolvida a família ou cuidador devidamente preparados a para dar continuidade à estimulação no domicílio, tendo sido discutidas estratégias de segurança no ambiente doméstico, incluindo a redução de barreiras arquitetónicas.

Por sua vez, no serviço de Medicina, a capacitação esteve associada sobretudo a pessoas idosas, em que a multiplicidade de comorbilidades exigiu uma intervenção abrangente, com análise de dados obtidos na avaliação inicial holística da pessoa e dos protocolos existentes no serviço, realizei o levantamento dos diagnósticos de enfermagem de reabilitação individualizados, dando seguimento ao processo de enfermagem.

Posteriormente elaborei um programa de enfermagem de reabilitação individualizado em coerência com o respetivo diagnóstico pessoal, atendendo sempre ao tipo de patologia e à singularidade da pessoa maioritariamente idosa que prevalece neste contexto clínico. Reconhecendo a influência das limitações pessoais, nomeadamente, défice de capacidade cognitiva, sensorial e musculoesqueléticas prévias ou atuais. Assim, além de capacitar a pessoa, foi essencial capacitar a família ou cuidador, reforçando o papel na reintegração social e na manutenção da qualidade de vida.

Nos contextos de Cuidados Continuados e ERPI, a capacitação foi direcionada às necessidades de pessoas com elevado grau de dependência, em que o foco esteve na manutenção da funcionalidade residual e na prevenção de complicações. Paralelamente, foram identificadas barreiras arquitetónicas existentes limitadoras de acessibilidade, que requerem sofrer alteração. Visando com foco a aquisição da independência das pessoas na realização atividades de vida diária (AVD) e da autonomia na gestão do seu projeto pessoal de vida.

De forma reflexiva, percebi que estes materiais e programas funcionaram não apenas como instrumentos pedagógicos, mas sobretudo como ferramentas de capacitação que aumentaram a autonomia das pessoas e dos cuidadores, fomentaram a adesão aos programas de reabilitação e reforçaram a segurança dos cuidados prestados. A criação destes recursos permitiu-me consolidar conhecimentos, transformar teoria em prática e, sobretudo, contribuir para que a reabilitação se prolongasse para além do espaço clínico, promovendo efetivamente a reintegração e o exercício da cidadania.

Assim, a experiência evidenciou que a capacitação não se resume à transmissão de conhecimentos ou treino de técnicas, mas implica um processo de capacitação que permite à pessoa e à sua família/cuidador assumirem um papel ativo na gestão da saúde, na prevenção de complicações e na promoção da qualidade de vida. Tal como referem Farin, Gramm e Schmidt (2020), a capacitação deve estar orientada para a autodeterminação e para a construção de uma perceção positiva de controlo por parte da pessoa. Por sua vez, a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2017), no âmbito da iniciativa *Rehabilitation 2030*, salienta que a reabilitação deve integrar não apenas a funcionalidade física, mas também a inclusão social e a cidadania ativa.

Assim, a prática nos diferentes contextos permitiu consolidar esta competência, mostrando que maximizar a funcionalidade é mais do que restaurar capacidades: é promover adaptação, prevenir complicações e estimular a autonomia, garantindo que a pessoa se mantém integrada e ativa na sua vida e na sua comunidade.

2.2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

De forma reflexiva, a experiência demonstrou que a maximização da funcionalidade não se restringe ao desenvolvimento físico, mas engloba igualmente dimensões psicológicas e sociais, exigindo do EEER uma prática holística e baseada na evidência.

Durante o período dos ensinamentos clínicos, a aplicação desta competência foi particularmente relevante no acompanhamento de pessoas idosas e adultos em diferentes contextos. A diversidade destes cenários permitiu-me observar diferentes necessidades, graus de dependência e formas de organização dos cuidados, exigindo aplicação constante do processo de enfermagem nos diversos contextos clínicos.

Neste sentido, as intervenções de enfermagem de reabilitação são adaptadas a cada pessoa em particular, atendendo ao potencial físico, cognitivo, sensorial e motivacional único da pessoa, nunca dissociando a pessoa das suas diversas dimensões (biopsicossocial e espiritual), determinante para o sucesso do plano de reabilitação. Fomentei intervenções de enfermagem de reabilitação com propósito de promover as capacidades adaptativas de autocontrolo e autocuidado da pessoa, no processo de transição saúde/doença, uma vez que comumente associado à patologia do foro neurológico surgem a limitação/incapacidade neste âmbito.

O EEER tem uma proximidade privilegiada da pessoa com evento neurológico, o que lhe permite estabelecer uma relação terapêutica e empática com a mesma, promovendo o seu envolvimento e motivação no programa de reabilitação estipulado, fundamental para a recuperação e readaptação funcional. Tirando partido desta proximidade procurei estabelecer relação terapêutica com a pessoa alvo dos cuidados de reabilitação, incentivando e motivando a sua participação no programa de enfermagem de reabilitação, visando a maximização do potencial da pessoa para a promoção quer da independência no autocuidado, quer da autonomia na gestão de vida, permitindo melhorar a qualidade de vida.

Esta linha de pensamento vai ao encontro das recomendações da Organização Mundial da Saúde sobre cuidados integrados para pessoas idosas, que defendem planos personalizados e centrados na preservação da capacidade intrínseca (World Health Organization, 2017).

Apesar da limitação temporal, considero que consegui implementar intervenções alinhadas com a evidência internacional sobre cuidados integrados no envelhecimento, exercício na prevenção de quedas, treino respiratório, técnicas de mudança comportamental, decisão partilhada, deixando bases sólidas para continuidade da intervenção nos contextos comunitários, institucionais e hospitalares.

A experiência prática adquirida nesta competência permitiu-me perceber, de forma concreta, o benefício que programas de exercício multicomponente, estruturados e adaptados às necessidades individuais, podem ter na funcionalidade e autonomia da pessoa idosa em diferentes contextos institucionais e clínicos. O contacto direto com a pessoa reforçou a importância de estratégias que vão para além da prescrição do exercício, incorporando técnicas motivacionais, decisão partilhada e monitorização contínua, aspetos que a evidência internacional já aponta como fatores determinantes de adesão e eficácia. Esta vivência cria um elo direto com o tema da investigação que irei desenvolver, benefícios dos programas de atividade física realizados por idosos residentes na comunidade-scoping review, uma vez que me permitirá analisar criticamente a literatura não só na perspetiva dos resultados de saúde, mas também à luz dos desafios reais de implementação, adesão e sustentabilidade que identifiquei na prática clínica.

Referência Bibliográfica

- American Nurses Association. (2023). Responsibility to promote ethical practice environments. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 28(1). <https://ojin.nursingworld.org/table-of-contents/volume-28-2023/number-1-january-2023/responsibility-to-promote-ethical-practice-environments/>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2013). *Principles of biomedical ethics* (7th ed.). Oxford University Press.
- Benner, P. (2001). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Prentice Hall.
- Cant, R., Porter, J., Hood, K., Weller, J., Bogossian, F., Cooper, S., ... & Ryan, C. (2024). Experiences of simulation-based learning in undergraduate nurse education: A qualitative meta-synthesis. *Nurse Education Today*, 133, 105113. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.105113>
- Centers for Medicare & Medicaid Services. (2023). *Inpatient Rehabilitation Facility Patient Assessment Instrument (IRF-PAI) and IRF Quality Reporting Program manual*. CMS. <https://www.cms.gov/medicare/quality/inpatient-rehabilitation-facility/irf-pai-and-irf-qrp-manual>
- Dennis, V. (2022). The challenges of ethical decision-making in nursing. *AORN Journal*, 116(4), 325–333. <https://doi.org/10.1002/aorn.13733>
- Despacho n.º 5613/2015. (2015). *Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020*. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 104, 13550–13558. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5613-2015-697021>
- Despacho n.º 9390/2021. (2021). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 184, 24–31. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-174011508>

- Donabedian, A. (1980). Explorations in quality assessment and monitoring: Vol. 1. The definition of quality and approaches to its assessment. *Health Administration Press*.
- Dunlap, J. A., Lucas, R., & Ferguson, S. (2024). Encouraging evidence-based practice quality improvement. *The Journal for Nurse Practitioners*, 20(2), 123–130. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2023.12.004>
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., ... Barry, M. (2012). Shared decision making: A model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1361–1367. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>
- Farin, E., Gramm, L., & Schmidt, E. (2020). The patient's perspective of empowerment in rehabilitation: Content validation of the PEQ (Patient Empowerment Questionnaire). *Disability and Rehabilitation*, 42(3), 445–454. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1494212>
- Finn, R., Hartley, S., & Sanderson, B. (2024). Effect of interventions to improve safety culture on hospital staff and outcomes: A systematic review. *BMJ Open Quality*, 13(1), e002256. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11086522/>
- Grace, P. J., & Uveges, M. K. (2022). Nursing ethics and professional responsibility in advanced practice (4th ed.). *Jones & Bartlett Learning*.
- Hosseini Choupani, S. S., Sadeghi, R., Yazdannik, A., & Zareiyan, A. (2024). Professional ethics and ethical challenges related to nursing practice: A narrative review. *Journal of Nursing and Midwifery Research*, 29(1), 45–54. https://www.jnursrcp.com/article_196019.html
- Machado, N. J. B. (2015). Gestão da qualidade dos cuidados de enfermagem: Um modelo de melhoria contínua baseado na reflexão-ação [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional UCP. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/14957>

- Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2021). *Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application* (10th ed.). Wolters Kluwer.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). Guilford Press.
- Ministério da Saúde. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030*. Serviço Nacional de Saúde. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2022/04/08/plano-nacional-de-saude-2021-2030-2/>
- Mlambo, M., Silén, C., & McGrath, C. (2021). Lifelong learning and nurses' continuing professional development: A metasynthesis of the literature. *BMC Nursing*, *20*, 62. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00579-2>
- Moore, J. L., Potter, K., Blankshain, K., Kaplan, S. L., O'Dwyer, L. C., & Sullivan, J. E. (2018). A core set of outcome measures for adults with neurologic conditions undergoing rehabilitation: A clinical practice guideline. *Journal of Neurologic Physical Therapy*, *42*(3), 174–220. <https://doi.org/10.1097/NPT.0000000000000229>
- Oliveira, J. S., Sherrington, C., Zheng, E. R. Y., Franco, M. R., Tiedemann, A., & Pinheiro, M. B. (2023). Effectiveness of motivational interviewing in promoting physical activity for community-dwelling older adults: Systematic review and meta-analysis. *Healthcare*, *11*(12), 1681. <https://doi.org/10.3390/healthcare11121681>
- Ordem dos Enfermeiros. (1996). *Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros*. Diário da República. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/161-1996-365594>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código deontológico do enfermeiro*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019)*. Diário da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (Regulamento n.º 392/2019)*. Diário da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>
- Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2024). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBIE Evidence Synthesis*, 22(1), 1–10. <https://doi.org/10.11124/JBIES-23-00313>
- Resende, A., Pereira, S. S., & Carvalho, S. A. (2018). A conduta ética dos profissionais de enfermagem: Uma revisão. *Revista Eletrônica Acervo Saúde, Sup(11)*, S1709–S1716. https://doi.org/10.25248/REAS174_2018
- Ricciardi, W., Cascini, F., Arrigoni, C., & Capizzi, S. (2021). Envisioning healthcare quality and safety in 2030. *International Journal for Quality in Health Care*, 33(2), mzab023. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab023>
- Sarkies, M. N., Testa, L., Carrigan, A., Roberts, N., Gray, R., Sherrington, C., Mitchell, R., Close, J. C. T., McDougall, C., & Sheehan, K. (2023). *Perioperative interventions to improve early mobilisation and physical function after hip fracture: A systematic review and meta-analysis*. *Age and Ageing*, 52(8), afad154. <https://doi.org/10.1093/ageing/afad154>
- Schumacher, C. L., Correia, R., Hogeveen, S., Salter, M., & Donaldson, B. (2023). Implementing the interRAI Check-Up Comprehensive Assessment: Facilitating care planning and care coordination during the pandemic. *International Journal of Integrated Care*, 23(5), 5. <https://doi.org/10.5334/ijic.7007>

- Services Partilhados do Ministério da Saúde. (2023). *Agenda Estratégica para a Qualidade 2030*. SPMS. <https://anmp.pt/file-viewer/?pstad=42174>
- Sherrington, C., Fairhall, N., Wallbank, G., Tiedemann, A., Michaleff, Z. A., Howard, K., ... Clemson, L. (2019). Exercise for preventing falls in older people living in the community: An abridged Cochrane systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 53(17), 905–911. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2019-101512>
- Sherrington, C., Michaleff, Z. A., Fairhall, N., Paul, S. S., Tiedemann, A., Whitney, J., ... Lord, S. R. (2020). Exercise to prevent falls in older adults: An updated systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, 54(15), 885–891. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2019-101512>
- Torres-Castro, R., López-Campos, J. L., Vilaró, J., Blanco, I., & Martínez
- Llorens, J. M. (2025). Effectiveness of inspiratory muscle training in patients with chronic respiratory diseases: A systematic review and meta-analysis. *Respiration*, 104(2), 98–110. <https://doi.org/10.1159/000536880>
- Topping, K., & McKenna, H. (2020). *Interprofessional education in nursing and health professions: Challenges and opportunities*. Routledge.
- Wang, Q., Li, X., & Chen, Y. (2025). The clinical nursing effect of empowerment-based continuing nursing combined with pulmonary rehabilitation for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *BMC Pulmonary Medicine*, 25(1), 3683. <https://doi.org/10.1186/s12890-025-03683-0>
- World Health Organization. (2017). *Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*. WHO.
- World Health Organization. (2017). *Rehabilitation 2030: A call for action*. WHO. <https://www.who.int/rehabilitation/rehab-2030/en/>
- Yoder-Wise, P. S. (2019). *Leading and managing in nursing* (7th ed.). Elsevier.

**PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO - Benefícios dos Programas de
Atividade Física Realizados por Idosos residentes na Comunidade – Scoping Review**

Benefícios dos Programas de Atividade Física Realizados por Idosos residentes na Comunidade – Scoping Review

Resumo

O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios de saúde pública do século XXI, exigindo estratégias eficazes para a promoção da autonomia e da qualidade de vida. A atividade física destaca-se como determinante fundamental do envelhecimento ativo e saudável.

Objetivo: Mapear os benefícios dos programas de atividade física realizados por idosos residentes na comunidade.

Metodologia: Foi conduzida uma *scoping review* segundo as orientações do Joanna Briggs Institute. A pesquisa incluiu as bases PubMed, CINAHL Complete e PEDro, complementada pela literatura cinzenta no RCAAP. Aplicou-se a mnemónica PCC (População: idosos ≥ 65 anos; Conceito: programas de atividade física; Contexto: comunidade). Foram considerados ensaios clínicos randomizados, estudos quase-experimentais, observacionais e revisões sistemáticas, em inglês, português ou espanhol, sem delimitação temporal.

Resultados: Oito estudos publicados entre 2022 e 2025, com 1751 participantes preencheram os critérios de inclusão, conduzidos em países como México, Brasil, Hong Kong, Estados Unidos, Portugal e Japão. As amostras variaram entre 56 e 249 participantes, maioritariamente mulheres. As intervenções tiveram duração entre 5 semanas e 6 meses, com *follow-up* de até 24 semanas em alguns ensaios. Programas multicomponentes revelaram benefícios consistentes em força muscular, equilíbrio, mobilidade e resistência cardiorrespiratória. Intervenções digitais, híbridas ou com recurso a realidade aumentada mostraram potencial para melhorar a adesão e a manutenção da prática. No domínio psicossocial, registou-se redução do medo de cair, maior autoeficácia e, em alguns casos, ganhos cognitivos e de qualidade de vida. Contudo, os efeitos sobre a saúde mental foram heterogéneos.

Conclusão: Programas de atividade física comunitários configuram uma estratégia eficaz para promover a capacidade funcional e o envelhecimento ativo. A diversidade metodológica e os resultados promissores reforçam a necessidade de ensaios de maior escala e duração, capazes de consolidar a evidência e apoiar a definição de políticas públicas em saúde.

Palavras-Chave: Idoso; Atividade Física; Envelhecimento Saudável; Aptidão Física

Abstract

Introduction: Population aging is one of the greatest public health challenges of the 21st century, requiring effective strategies to promote autonomy and quality of life. Physical activity is recognized as a key determinant of active and healthy aging.

Objective: To map the benefits of physical activity programs implemented for older adults living in the community.

Methods: A scoping review was conducted following the Joanna Briggs Institute methodology. Searches were performed in PubMed, CINAHL Complete, and PEDro, complemented by grey literature in RCAAP. The PCC mnemonic guided study selection (Population: older adults ≥ 65 years; Concept: physical activity programs; Context: community). Randomized controlled trials, quasi-experimental interventions, observational studies, and systematic reviews published in English, Portuguese, or Spanish were included, with no time restrictions.

Results: Eight studies published between 2022 and 2025 with 1751 participants met the inclusion criteria, conducted in Mexico, Brazil, Hong Kong, the United States, Portugal, and Japan. Samples ranged from 56 to 249 participants, mostly women. Intervention duration varied between 5 weeks and 6 months, with follow-up periods of up to 24 weeks in some trials. Multicomponent programs showed consistent improvements in muscle strength, balance, mobility, and cardiorespiratory endurance. Digital, hybrid, and augmented reality-based interventions demonstrated potential for enhancing adherence and long-term engagement. Psychosocial outcomes included reduced fear of falling, increased self-efficacy, and, in some cases, cognitive and quality-of-life gains, although mental health outcomes remained heterogeneous.

Conclusion: Community-based physical activity programs are effective strategies for promoting functional capacity and active aging. The methodological diversity and promising findings highlight the need for large-scale, long-term trials to strengthen the evidence base and guide public health policies.

Key words: Aged; Physical Activity; Healthy Aging; Physical Fitness

Introdução

O envelhecimento demográfico é uma realidade crescente a nível global, trazendo consigo desafios significativos para os sistemas de saúde, particularmente no que diz respeito à promoção da autonomia, funcionalidade e qualidade de vida dos idosos. O declínio funcional, a perda de mobilidade, o aumento do sedentarismo e o isolamento social são fatores frequentemente associados ao processo de envelhecimento e contribuem para a diminuição da participação ativa dos idosos na comunidade (Beard et al., 2016; World Health Organization [WHO], 2020).

Atividade física é definida como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulte em gasto energético acima dos níveis de repouso (Silva et al., 2025; WHO, 2020). Esta definição abrange não apenas o exercício estruturado, mas também atividades realizadas no quotidiano, como caminhar, subir escadas, dançar ou cuidar do lar. No contexto do envelhecimento ativo, a prática regular de atividade física tem um papel central na prevenção do declínio funcional e na promoção da saúde global dos idosos.

Neste contexto, os programas de atividade física têm sido amplamente reconhecidos como uma estratégia fundamental para a promoção da saúde e bem-estar em pessoas com 65 anos ou mais. Estes programas demonstram benefícios expressivos na melhoria da força muscular, do equilíbrio, da mobilidade e da qualidade de vida, além de contribuírem para a prevenção de quedas, do declínio cognitivo e de doenças crónicas. A revisão sistemática de dos Santos et al. (2023) demonstrou que programas de atividade física realizados na comunidade são eficazes na redução do medo de cair, na melhoria da mobilidade e nos desfechos psicossociais, incluindo saúde mental e qualidade de vida, em idosos que vivem na comunidade.

Complementarmente, a umbrella review de D'Amore et al. (2023) identificou fatores determinantes para a prática de atividade física nesta população, como a combinabilidade do ambiente, o apoio social, o sexo e a idade. Estes fatores influenciam significativamente a adesão dos idosos aos programas de atividade física, sendo, por isso, elementos-chave no planeamento e implementação de intervenções eficazes e sustentáveis.

A atividade física regular está ainda associada à prevenção da multimorbilidade em idosos. A revisão sistemática com meta-análise conduzida por Delpino et al. (2022), com base em mais de 77 mil participantes, que incluí estudos transversais e de coorte concluiu que indivíduos fisicamente ativos apresentam menor risco de desenvolver duas ou mais doenças crônicas. Estes efeitos protetores foram particularmente evidentes entre os homens, reforçando o papel da atividade física como componente essencial do envelhecimento saudável.

Além disso, programas de atividade física realizados no domicílio por equipas interdisciplinares têm-se revelado eficazes na melhoria da funcionalidade e da qualidade de vida. Um estudo de Tarazona-Santabalbina et al. (2020) demonstrou que uma intervenção domiciliária estruturada, orientada por uma equipa multidisciplinar, resultou em melhorias significativas na capacidade funcional, desempenho cognitivo, estado nutricional e qualidade de vida de idosos frágeis, evidenciando o potencial destas abordagens na promoção da saúde no contexto comunitário.

É fundamental compreender que tipos de programas de atividade física têm sido desenvolvidos para idosos com 65 anos ou mais que vivem na comunidade, os quais podem assumir diferentes abordagens, desde programas multicomponentes (exercícios de força, equilíbrio, resistência e flexibilidade) até intervenções digitais ou híbridas que recorrem a plataformas online ou tecnologias interativas. Estes programas visam distintas dimensões da saúde e do envelhecimento, nomeadamente a melhoria da capacidade funcional, a prevenção de quedas, a promoção da autonomia, o bem-estar psicossocial, a cognição e a qualidade de vida. Assim, esta revisão tem como objetivo mapear os benefícios dos programas de atividade física realizados por idosos em contexto comunitário, identificando as abordagens mais utilizadas e os seus efeitos sobre diferentes domínios da saúde.

1-Metodologia

Esta revisão corresponde a uma scoping review desenvolvida com vista da resposta a seguinte questão: Quais os benefícios dos programas de atividade física realizados por idosos residentes na comunidade? A scoping review constitui a metodologia mais adequada para responder a questões de investigação amplas,

permitindo explorar a extensão, a natureza e as características da evidência disponível, bem como identificar lacunas no conhecimento. Este estudo foi conduzido de acordo com as orientações metodológicas do Joanna Briggs Institute (JBI), seguindo as diretrizes propostas por Peters et al. (2024), e reportado em conformidade com a extensão PRISMA-ScR.

1.1. Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão segundo a mnemónica PCC (Participantes, Conceito e Contexto) estão presentes na tabela 1. O registo do protocolo foi realizado da plataforma Open Science Framework com o seguinte doi: DOI 10.17605/OSF.IO/TF78U.

Tabela 1 – Critérios de inclusão dos estudos segundo a mnemónica PCC (Participantes, Conceito e Contexto)

PCC	Critérios
Participantes	Foram incluídas publicações sobre pessoas idosas com idade igual ou superior a 65 anos, desde que residentes na comunidade. Excluíram-se estudos cuja população fosse constituída exclusivamente por participantes institucionalizados em Entidades Residenciais para Pessoas Idosas, instituições de cuidados continuados ou hospitais, uma vez que não se enquadram no objetivo desta revisão.
Conceito	O conceito central desta revisão foi definido como programas de atividade física, abrangendo qualquer modalidade, frequência, duração ou intensidade de intervenção, desde que direcionada a pessoas idosas a viver na comunidade. Foram incluídos estudos que avaliaram programas desenvolvidos no domicílio, em espaços ao ar livre ou em centros comunitários, realizados com ou sem supervisão profissional.
Contexto	O contexto considerado corresponde a ambientes comunitários, entendidos como espaços não institucionais onde as pessoas idosas residem ou participam em atividades quotidianas. Foram excluídos contextos institucionais de longa permanência e unidades hospitalares.

1.2. Estratégia de pesquisa

Foram considerados elegíveis estudos de natureza experimental, quase-experimental e revisão sistemática. A revisão incluiu publicações em inglês, português, espanhol ou francês, nos últimos 5 anos. Foram excluídos estudos não originais, como revisões narrativas, cartas ao editor e resumos de conferências.

A identificação dos estudos foi realizada através de pesquisa em três bases de dados eletrônicas: MEDLINE (via PubMed) e CINAHL Complete (via EBSCOhost) e PEDro. Para complementar a pesquisa, consultou-se literatura cinzenta através da plataforma RCAAP (Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal), incluindo documentos académicos não indexados, como dissertações e teses. As estratégias de busca foram adaptadas a cada base de dados, combinando descritores controlados (MeSH e CINAHL Headings) com termos livres relacionados com a população, o conceito e o contexto, a estratégia de pesquisa nas diferentes bases de dados esta disponível na tabela 2.

Tabela 2: Estratégia de pesquisa para a MEDLINE (via PubMed) e CINAHL Complete PEDro e RCAAP

Base de dados	Estratégia de pesquisa
MEDLINE (via PubMed) pesquisa realizada a 10 de agosto de 2025 inclui estudos de: 1/01/21 a 10/08/25	("aged"[MeSH Major Topic] OR "older adults"[Title] OR "elderly"[Title] OR "seniors"[Title] OR "aged 65 and over"[Title]) AND ("physical activity program*"[Title] OR "physical activity "[Title]) AND ("Community Health Services"[MeSH Major Topic] OR "Community-dwelling"[Title] OR "living in the community"[Title] OR "non-institutionalized"[Title] OR "home setting"[Title])
CINAHL Complete pesquisa realizada a 11 de agosto de 2025 inclui estudos de: 1/01/21 a 11/08/25	(MH "Aged " OR TI older adults OR TI elderly OR TI seniors OR TI (aged 65 and over)) AND (MH "Physical Activity" OR TI "physical activity program*") AND (MH "Community Health Services " OR TI "community-dwelling" OR TI "living in the community" OR TI "home setting" OR TI "non-institutionalized")

PEDro pesquisa Aged or elderly and "physical activity" and community realizada a 12 de agosto de 2025

inclui estudos de:

1/01/21 a 12/08/25

RCAAP (Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal) “Programas atividade física idosos”

inclui estudos de:

1/01/21 a 10/08/25

1.3. Análise e seleção dos artigos

A identificação dos artigos a incluir nesta *scoping review* passou por um processo de seleção criteriosa e sistematizada, com recurso ao software *Rayyan*. Os títulos e resumos foram revistos, de forma independente e cega, por dois revisores independentes para avaliar a elegibilidade dos estudos em relação aos critérios de inclusão definidos, sendo o resultado obtido por consenso, pelo que não foi necessário incluir um terceiro revisor para desempate. Por fim, procedeu-se à leitura integral dos artigos selecionados, e à recolha dos dados através de um formulário estruturado, que integrou o autor do artigo, o ano, o país, o título e tipo de estudo, os objetivos, os resultados e respetivas conclusões obtidas, destacando, desta forma, os aspetos mais relevantes de cada estudo, facilitando a compreensão dos mesmos.

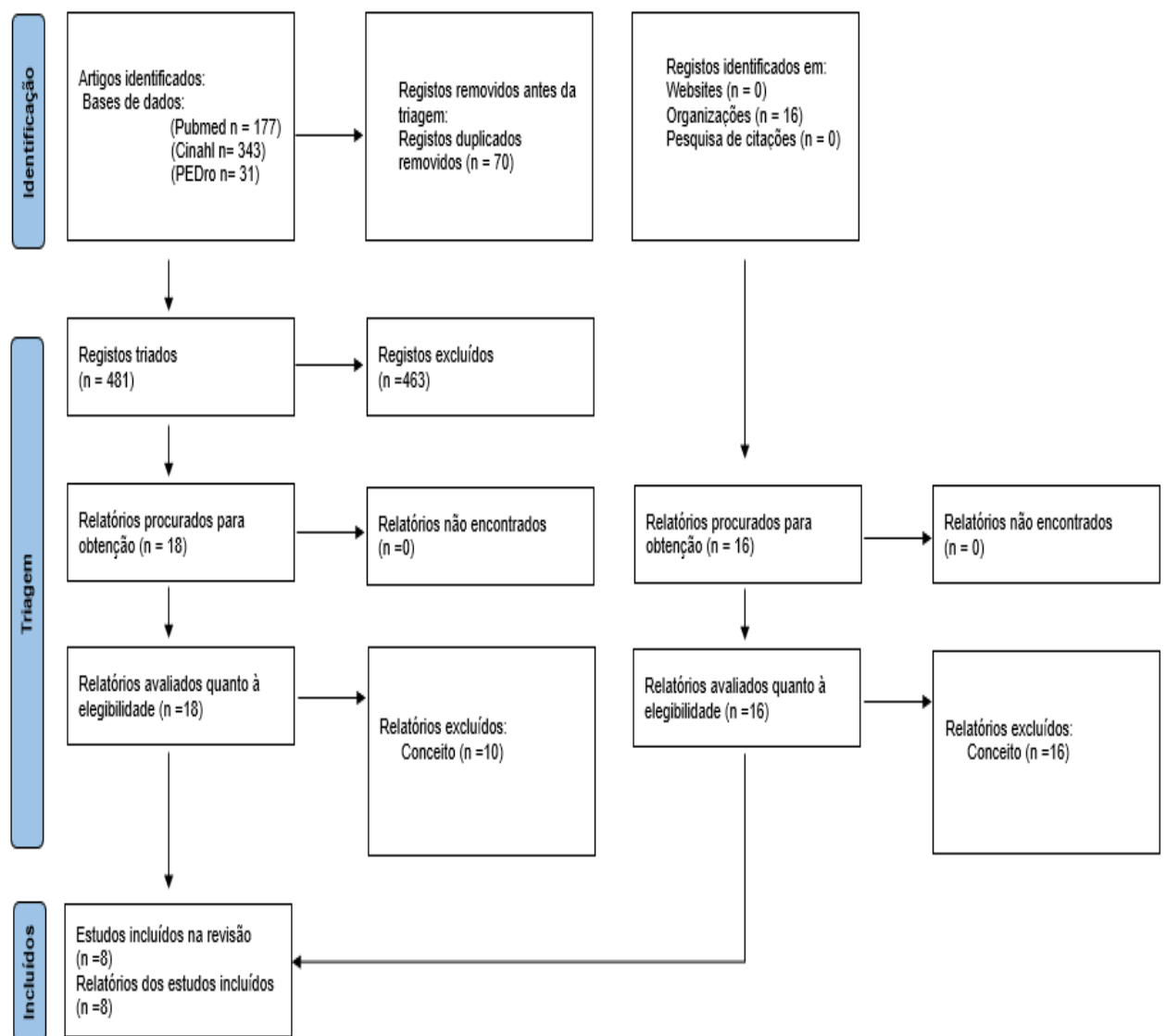
2- Resultados

No total, foram identificados 551 registos através da pesquisa em bases de dados eletrónicas, dos quais 177 na PubMed, 343 na CINAHL Complete e 31 na PEDro. Além disso, foram ainda identificados 16 registos adicionais por meio de organizações relevantes (figura 1). Após a remoção de 70 duplicados, permaneceram 481 registos para triagem de título e resumo.

Destes, 463 registos foram excluídos por não cumprirem os critérios de inclusão definidos. Os 18 textos completos restantes foram avaliados para elegibilidade, dos quais

10 foram excluídos por não responderem ao conceito em análise. Assim, 8 estudos preencheram os critérios de inclusão e foram incluídos nesta revisão.

Figura 1: Fluxograma PRISMA 2020 do processo de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão dos estudos na revisão (adaptado de Page et al., 2021).



Source: Page MJ, et al. BMJ 2021;372: n71. doi: 10.1136/bmj. n71.

Foram incluídos oito estudos que investigaram programas de atividade física dirigidos a pessoas idosas (≥ 65 anos) residentes na comunidade, contemplando diferentes desenhos metodológicos e contextos de implementação (tabela 3). A amostra integrou seis ensaios clínicos randomizados (De La Vega-Cordero et al., 2023; Duan et al., 2025; Newton et al., 2022; Brach et al., 2022; Hirase et al., 2023; Takeda & Takatori, 2022), um estudo de intervenção não randomizado (Ferreira et al., 2025) e uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados (dos Santos et al., 2023). A duração das intervenções variou entre 5 semanas e 6 meses, com alguns estudos a contemplarem follow-up adicional até 24 semanas. O número de total de participantes 1751, oscilou entre tamanhos de amostra que variaram entre 56 e 249 indivíduos, com idades médias situadas entre 68 e 79 anos, observando-se uma predominância do sexo feminino em todas as amostras analisadas.

Os estudos foram conduzidos em contextos geográficos e culturais diversificados, incluindo México (De La Vega-Cordero et al., 2023), Brasil (dos Santos et al., 2023), Hong Kong (Duan et al., 2025), Estados Unidos (Newton et al., 2022; Brach et al., 2022), Portugal (Ferreira et al., 2025) e Japão (Hirase et al., 2023; Takeda & Takatori, 2022), refletindo a abrangência global da investigação nesta área. As intervenções foram implementadas em diferentes cenários, nomeadamente centros comunitários, domicílios, ginásios universitários, igrejas, centros seniores e centros de dia. Esta heterogeneidade de contextos e metodologias evidencia a plasticidade dos programas de atividade física e a sua potencial adaptabilidade a distintas realidades socioculturais, fornecendo contributos relevantes para a compreensão da viabilidade, aplicabilidade e efetividade destas intervenções na promoção da saúde de idosos residentes na comunidade.

Tabela 3. Autores, desenho metodológico, população e contexto dos estudos analisado

Autores (Ano, País)	Objetivo estudo	Tipo de estudo Follow up	População
Brach et al., (2022, EUA)	Avaliar se um programa de força e resistência acrescido de treino de coordenação e tempo (standard-plus) melhora a velocidade da marcha em comparação com o treino padrão em idosos	Ensaio clínico randomizado 2 grupos paralelos, 12 semanas + 24 semanas follow-up	N=249 (124 standard-plus, 125 standard), idade média 77,4 \pm 6,6 anos, 65,5% mulheres, 88% brancos, 8,8% negros, marcha independente com velocidade 0,60–1,20 m/s

De Vega-Cordero et al., (2023 Mexico)	Avaliar a eficácia de uma intervenção online de exercício físico no desempenho físico de idosos que vivem na comunidade	Ensaio clínico randomizado 12 semanas	N=88 (GI=46; GC=42 controlo), idade média 68,5 ± 5,7 anos, 69,3% mulheres
dos Santos et al., (2023, Brasil)	Sintetizar os efeitos de programas de atividade física domiciliar sobre desfechos psicossociais e de mobilidade em idosos da comunidade	Revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados 5 semanas a 6 meses	N=1004 (GI=484; GC= 520 controlo), ≥60 anos, 74% mulheres (2 estudos só mulheres)
Duan et al., (2025, Hong Kong)	Avaliar a viabilidade e a eficácia de uma intervenção combinada (presencial + eHealth) para melhorar atividade física, dieta e resultados de saúde em idosos da comunidade	Ensaio clínico randomizado (3 braços: (intervenção combinada, presencial e grupo de controlo), 12 semanas	N=132 (44 por grupo), idade média 72,5 anos, 81,1% mulheres, >85% reformados, >80% baixo rendimento, 56,1% ≥1 doença crónica
Ferreira et al., (2025, Portugal)	Avaliar os efeitos de um programa de exercício multimodal com recurso a realidade aumentada na aptidão funcional e atividade física de idosos da comunidade	Estudo de intervenção não randomizado (grupos atribuídos por conveniência), 12 semanas	N=78 (GC=28; GI1=26; GI2=24). Idade média: GC 71,5 ± 3,9; GI1 73,5 ± 7,4; GI2 72,1 ± 6,1 anos. Critérios: ≥60 anos, independentes, sem défices cognitivos, sem pacemaker.
Hirase et al., (2023, Japão)	Examinar se um programa de exercício com aumento de atividade física previne o desenvolvimento de dor musculoesquelética em idosos da comunidade	Ensaio clínico randomizado, 24 semanas	N=79 (40 GI; 39 GC) Idade média ≈72 anos, ~68% mulheres. Critérios: ≥65 anos, sem dor musculoesquelética, independentes, marcha sem auxiliares, sem défice cognitivo, sem restrição médica.

Newton et al., (2022, EUA)	Determinar a eficácia e a satisfação com uma intervenção comunitária de atividade física dirigida a idosos afro-americanos	Ensaio clínico randomizado piloto, 12 semanas	N=56 (28 PAG, 28 SAG), idade média 69,2 ± 3,4 anos, 73,2% mulheres, BMI médio 32,5 (classe I obesidade), maioria reformados, ~50% ensino superior
Takeda et al., (2022, Japão)	Avaliar os efeitos sustentados de uma intervenção em estilo “buddy” (parceiro) sobre o tempo de caminhada e exercícios de força em idosos com deficiência que vivem na comunidade	Ensaio clínico randomizado, paralelo, open-label, 12 semanas + 12 semanas de seguimento	N=65 (33 GI, 32 GC) Idade média 79,5 ± 5,9 anos, 80% mulheres. Critérios: ≥65 anos, com deficiência, marcha independente.

GI- Grupo de Intervenção: GP- Grupo Controle

A análise dos estudos incluídos (tabela 4) evidencia uma diversidade de programas de intervenção em idosos com 65 ou mais anos residentes na comunidade, variando desde programas multicomponentes presenciais ou domiciliários até abordagens inovadoras com recurso a tecnologia digital ou realidade aumentada. Em termos gerais, as intervenções multicomponentes, que integraram exercícios de força, resistência, equilíbrio e flexibilidade, mostraram-se consistentes na melhoria da mobilidade, do desempenho físico e da autonomia funcional (De La Vega-Cordero et al., 2023; Brach et al., 2022; Ferreira et al., 2025). Verificou-se também benefícios sobretudo na redução do medo de cair e na melhoria de indicadores psicossociais, ainda que com evidência de baixa a moderada qualidade (dos Santos et al., 2023).

Os estudos que incorporaram componentes tecnológicos ou modelos inovadores, como intervenções combinadas presencial-online (Duan et al., 2025), programas com suporte social em pares (Takeda & Takatori, 2022) ou o uso de pedômetros com metas progressivas (Hirase et al., 2023), demonstraram benefício relevante no aumento da atividade física diária, na adesão e na manutenção dos comportamentos ativos a médio prazo. Ainda que alguns efeitos psicossociais, como qualidade de vida e saúde mental, apresentem resultados menos consistentes, observou-se em determinados contextos melhorias na confiança funcional, na cognição e na participação social. Em síntese, a heterogeneidade metodológica e contextual dos estudos reforça a aplicabilidade de programas de atividade física em diferentes realidades,

salientando o seu potencial para melhorar tanto parâmetros físicos como psicossociais em idosos que vivem na comunidade.

Tabela 4 – Características das intervenções e principais resultados dos estudos incluídos

Autores (Ano, País)	Descrição do Controlo/ Intervenção	Principais resultados/conclusões
Brach et al., (2022, EUA)	<p>Controlo: 2 sessões/semana (50–60 min) por 12 semanas, força (leg press, extensão/flexão joelho, abdução/extensão anca), endurance (caminhada em passadeira até 40 min velocidade 11–13), aquecimento e arrefecimento.</p> <p>Intervenção: igual ao controlo + treino de timing e coordenação (padrões de marcha progressivamente complexos). Ambos os grupos receberam 16 sessões educativas de modificação de estilo de vida.</p>	<p>Ambos os grupos melhoraram significativamente a velocidade da marcha ($\approx +0,06-0,08$ m/s aos 12–36s), sem diferenças entre grupos. Melhorias também em número de passos/dia.</p> <p>GI reduziu tempo sedentário em 12 semanas ($-16,1$ min/d; $p=0,047$), sobretudo em participantes com marcha rápida. Conclusão: ambos os programas melhoraram mobilidade; treino adicional, não existiram benefícios extra em velocidade da marcha, mas reduziu sedentarismo.</p>
De La Vega-Cordero et al., (2023 Mexico)	<p>Programa multicomponente (endurance, força, equilíbrio, flexibilidade, coordenação), 3x/semana, 45–60 min/sessão, 3 meses, intensidade leve-moderada (OMNI-RES 4–6/10), online via Zoom/WhatsApp, supervisionado por profissionais de saúde</p>	<p>Melhoria significativa no BCDF (+0,81 pontos; $p=0,006$) e no equilíbrio em tandem (+1,26 seg; $p=0,019$). Grupo intervenção melhorou em BCDF, equilíbrio, Barthel e Lawton. Conclusão: intervenção eficaz para melhorar desempenho físico e reduzir risco de dependência funcional.</p>
dos Santos et al., (2023, Brasil)	<p>Acompanhamento Misto: 2 sessões presenciais/semana (1 AT em ginásio, 1 dieta em centro) + 2 sessões online/semana (AT + dieta via website).</p> <p>Presencial: 2 sessões presenciais/semana (PA + dieta).</p> <p>Controlo: chamadas telefónicas quinzenais (~5 min). Exercícios</p>	<p>Adesão >90%, assiduidade >88%, aceitabilidade 4,7/5. Melhorias em agilidade/equilíbrio no acompanhamento misto e presencial vs controlo. Qualidade de vida melhor no acompanhamento misto e presencial vs controlo (T3). Sem efeito em depressão/solidão.</p>

	multimodais, aconselhamento nutricional, HAPA framework.	
Duan et al., (2025, Hong Kong)	12 semanas, 3x/semana, 60 min/sessão (6 min aquecimento, 48 min treino em estações, 6 min arrefecimento). GI1: multimodal (força, cardio, reação dual-task, agilidade/coordenação). GI2: multimodal + AR (4 estações do GI1 + 2 com AR: exergames e projeções murais). Controlo: sem intervenção.	GI1 melhorou flexibilidade, agilidade, endurance e equilíbrio. GI2 melhorou força, flexibilidade, agilidade, endurance, equilíbrio e força na mão não-dominante. GI1 com grandes efeitos em equilíbrio (ES=1,19), médios em endurance (0,74), flexibilidade (0,65), agilidade (0,50). GI2 com grandes efeitos em força MS (1,24), médios em força MI (0,61) e endurance (0,79). Atividade física: sem melhorias significativas; GI1 aumentou sedentário (+7%) e reduziu sono (-9%); GI2 tendência para reduzir sedentário (-5%) e aumentar sono (+6%). Conclusão: ambos os programas eficazes; GI2 acrescentou benefícios adicionais em mais domínios.
Ferreira et al., (2025, Portugal)	Controlo: 1 sessão/semana, 60 min, 24 semanas (10 min aquecimento, 20 min força, 20 min equilíbrio, 10 min arrefecimento). GI: Intervenção do controlo + pedómetro Yamax Digiwalker SW-200, diário de passos, metas progressivas de +10% a +60% passos em 6 meses, feedback semanal individual.	GI com menor prevalência de dor (12,8% vs 32,4%; p=0,040). GI melhorou cognição (p=0,010), confiança (p=0,018), passos/dia e tempo moderado/vigoroso (p<0,001). Maior aumento de passos associado a menor risco de dor (p=0,016). Conclusão: intervenção preveniu dor musculoesquelética e melhorou cognição e confiança em comparação com exercício isolado.
Hirase et al., (2023, Japão)	GI: 2 sessões supervisionadas/semana (45-60 min, YMCA) + 2-4 dias exercício domiciliário (caminhada, força, equilíbrio, flexibilidade), intensidade Borg 11-15, com Fitbit Charge 2 para auto-monitorização.	GI aumentou significativamente passos/dia (p=0,008; d=0,77). Fitbit: mais passos em dias de sessões supervisionadas. Assiduidade elevada (93% GI, 86% GC). Alta satisfação em ambos (>4/5). Conclusão: intervenção comunitária aumentou AF em idosos afro-americanos.

	Controlo: 1 sessão educativa semanal (30–60 min) sobre envelhecimento saudável (nutrição, saúde, planeamento de vida, demência)	
Newton et al., (2022, EUA)	Controlo: programa domiciliário de exercício de 12 semanas, individualizado por fisioterapeuta (11 exercícios possíveis, registados em diário). GI: Intervenção de 5–10 min/semana em pares, nos centros de dia, feedback e suporte social + programa domiciliário de exercício de 12 semanas, individualizado por fisioterapeuta (11 exercícios possíveis, registados em diário)	GI > GC em caminhada exterior aos 12semanas (80,4 vs 46,2 min/d; p=0,013) e 24semanas (73,5 vs 42,7 min/d; p=0,030). Exercícios de força: sem diferenças. Função física: ambos melhoraram sem diferenças. Conclusão: buddy-style aumentou tempo de caminhada exterior, efeito sustentado até 12s após intervenção, sem efeito em exercícios de força.
Takeda et al., (2022, Japão)	Intervenção: Exercícios domiciliários indoor: aeróbico, força, equilíbrio, coordenação, flexibilidade, Pilates, Tai Chi, Thai Yoga, exergames (DVD), treino em cadeira de balanço. Frequência 2–5x/semana, duração 5 semanas–6 meses Controlo: sem intervenção.	Evidência moderada de redução do medo de cair; evidência muito baixa a baixa de melhorias em saúde mental e qualidade de vida; evidência muito baixa em mobilidade (TUG, velocidade de marcha, força). Conclusão: programas domiciliários podem ser benéficos, mas evidência limitada por heterogeneidade e risco de viés

AT – Atividade física; GI- Grupo de Intervenção; GP- Grupo Controlo; BCDF-Bateria Curta de Desempenho Físico

A síntese dos estudos (tabela 5) permitiu identificar três domínios principais de benefícios dos programas de atividade física em idosos da comunidade. No domínio físico-funcional, verificaram-se melhorias consistentes em força, mobilidade, agilidade, resistência e aumento da atividade física diária. No domínio psicossocial e cognitivo, destacaram-se a redução do medo de cair, ganhos de confiança funcional, melhorias pontuais na qualidade de vida e, em alguns casos, benefícios cognitivos, ainda que com resultados menos consistentes na saúde mental. Por fim, no domínio da aderência e implementação, observou-se elevada taxa de participação e aceitabilidade, especialmente em programas supervisionados e híbridos, com a tecnologia a desempenhar um papel facilitador na manutenção do comportamento ativo.

Tabela 5 – Benefícios dos programas de atividade física realizados por idosos na comunidade, agrupado por domínios

Domínio	Resultados reportados	Estudos
Físico-funcional	Melhorias consistentes em força, mobilidade, agilidade, resistência e desempenho funcional. Programas multicomponentes foram os mais eficazes.	De La Vega-Cordero et al., 2023; Brach et al., 2022; Ferreira et al., 2025; Takeda & Takatori, 2022
Físico-funcional	Aumento significativo da atividade física diária com pedómetros, buddy-system e programas supervisionados comunitários.	Newton et al., 2022; Hirase et al., 2023
Psicossocial e cognitivo	Redução do medo de cair e melhoria da confiança funcional; ganhos na qualidade de vida em programas mistos/presenciais.	dos Santos et al., 2023; Duan et al., 2025; Hirase et al., 2023
Psicossocial e cognitivo	Resultados inconsistentes; alguns estudos sem impacto relevante, um estudo reportou maior apatia em intervenção com pares.	Duan et al., 2025; Takeda & Takatori, 2022
Psicossocial e cognitivo - Cognição	Melhoria da velocidade de processamento em programa com pedómetro e metas progressivas.	Hirase et al., 2023
Adesão e implementação	Elevada adesão e satisfação em programas supervisionados e híbridos (>85–90%). Intervenções com tecnologia facilitaram manutenção do comportamento ativo.	Duan et al., 2025; Newton et al., 2022

3- Discussão

Os resultados desta revisão evidenciam que os programas de atividade física dirigidos a idosos residentes na comunidade apresentam benefícios consistentes ao nível da capacidade funcional, com destaque para melhorias na força muscular, mobilidade, equilíbrio e resistência cardiorrespiratória. Estes achados corroboram a literatura existente, que identifica os programas multicomponentes como a estratégia mais eficaz para promover a autonomia funcional e retardar o declínio físico associado ao envelhecimento (De La Vega-Cordero et al., 2023; Brach et al., 2022; Ferreira et al., 2025). De forma semelhante, revisões sistemáticas e meta-análises recentes confirmam que programas multicomponentes, quando realizados ≥ 3 vezes por semana, melhoram de forma consistente a performance medida pelo SPPB e reduzem o risco de quedas, o que está em consonância com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (Bull et al., 2020; Sirikul et al., 2024).

Para além dos efeitos físicos, a presente revisão destacou contributos relevantes em dimensões psicossociais, nomeadamente a redução do medo de cair e a melhoria da perceção de autoeficácia (dos Santos et al., 2023; Hirase et al., 2023). Estes resultados encontram apoio em estudos prévios que identificaram programas de exercício domiciliário como eficazes na redução do medo de cair e no aumento da confiança funcional (Sirikul et al., 2024). Contudo, os efeitos em saúde mental e qualidade de vida mostraram-se menos consistentes, tanto nesta revisão como noutras análises de literatura, que salientam resultados heterogéneos e, por vezes, pouco significativos em desfechos como depressão e ansiedade (Conceição et al., 2025).

No que respeita à atividade física diária e à adesão, esta revisão identificou que intervenções que incorporam estratégias de monitorização (como pedómetros com metas graduais) ou suporte social (ex.: *buddy system*) foram eficazes no aumento de passos/dia. Esta evidência é convergente com outros ensaios clínicos e revisões que demonstraram que o uso de pedómetros e feedback regular está associado a aumentos sustentados da atividade física em idosos, contribuindo para a manutenção de comportamentos ativos a médio prazo (Bull et al., 2020; Liu et al., 2025). Adicionalmente, intervenções híbridas, combinando sessões presenciais e digitais, apresentaram elevada aceitabilidade e adesão, replicando o que foi observado em contextos internacionais, onde este modelo mostrou vantagens na exequibilidade e no reforço de hábitos saudáveis (Duan et al., 2025).

Apesar da robustez dos resultados, importa considerar limitações dos estudos incluídos, como a reduzida dimensão amostral em vários ensaios, a curta duração de muitas intervenções e a

ausência de follow-up prolongado. Estas fragilidades metodológicas são consistentes com as limitações identificadas em revisões internacionais, que também apontam a heterogeneidade dos programas como um entrave à comparação direta e à generalização dos resultados (Conceição et al., 2025; Liu et al., 2025). Estudos futuros deverão privilegiar ensaios clínicos de maior escala, com maior diversidade sociodemográfica e metodologias uniformizadas, bem como avaliar desfechos de longo prazo e indicadores psicossociais com medidas mais robustas.

Limitações do Estudo

Apesar da abrangência da pesquisa e da sistematização dos dados, esta revisão apresenta ainda algumas limitações que importa reconhecer. A pesquisa foi restrita a determinadas bases de dados e à literatura publicada em inglês, português e espanhol, e francês o que pode ter conduzido à exclusão de estudos relevantes noutras línguas. A inclusão de literatura cinzenta foi limitada, pelo que a evidência aqui sintetizada reflete sobretudo estudos publicados em revistas indexadas e pode estar sujeita a viés de publicação. Adicionalmente, a heterogeneidade metodológica dos estudos incluídos em termos de desenho, duração, intensidade e contextos das intervenções dificultou a comparação direta dos resultados. Por fim, a extração e análise dos dados, embora realizada de forma sistemática e por revisores independentes, pode ter sido influenciada por interpretações subjetivas inerentes ao processo de revisão.

Em síntese, os programas de atividade física em contexto comunitário demonstram benefício na melhoria do desempenho físico e no reforço da autonomia dos idosos, apresentando ainda potencial para benefícios psicossociais e cognitivos. Estes achados, corroborados por literatura internacional recente, reforçam a necessidade de integrar tais programas em políticas públicas e práticas de saúde comunitária, reconhecendo-os como ferramentas centrais na promoção de um envelhecimento ativo, saudável e participativo.

Conclusão

Esta revisão permitiu mapear a evidência existente sobre os programas de atividade física desenvolvidos com idosos com 65 ou mais anos residentes na comunidade, destacando a sua relevância enquanto estratégia de promoção de um envelhecimento ativo e saudável. Os resultados demonstram que programas multicomponentes são eficazes na melhoria da capacidade funcional, com ganhos consistentes em força, mobilidade, equilíbrio e resistência. Adicionalmente, intervenções inovadoras que recorrem a tecnologia digital, realidade aumentada ou modelos híbridos mostraram potencial para reforçar a adesão e a manutenção dos comportamentos ativos.

Embora os efeitos psicossociais e cognitivos tenham revelado alguma heterogeneidade, observou-se evidência de redução do medo de cair, aumento da autoeficácia e, em determinados casos, melhorias na cognição e na qualidade de vida. As limitações metodológicas dos estudos incluídos, nomeadamente o reduzido tamanho amostral, a curta duração das intervenções e a ausência de follow-up prolongado, sublinham a necessidade de ensaios mais robustos, que permitam avaliar de forma consistente o benefício a longo prazo destas intervenções.

As evidências destacadas nesta revisão enfatizam a necessidade de conceber e implementar intervenções de reabilitação baseadas em evidência científica, que integrem várias componentes de treino de forma estruturada, progressiva e adaptada às especificidades da pessoa idosa. Este tipo de abordagem, para além de potenciar ganhos ao nível da capacidade funcional, da mobilidade e da funcionalidade global, revela-se essencial na prevenção de quedas, na promoção da autonomia e na preservação da qualidade de vida. Neste contexto, esta visão alinha-se com os domínios de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, cuja prática visa otimizar a funcionalidade, prevenir a perda de autonomia associada ao envelhecimento e contribuir para a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

Referência Bibliográfica

- Beard, J. R., Officer, A. M., Cassels, A. K., & Sadana, R. (2016). The World report on ageing and health: *A policy framework for healthy ageing*. *The Lancet*, 387(10033), 2145–2154. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00516-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00516-4)
- Brach, J. S., Perera, S., Shuman, V., Gil, A. B., Kriska, A., Nadkarni, N. K., Rockette-Wagner, B., Cham, R., & VanSwearingen, J. M. (2022). *Program to Improve Mobility in Aging (PRIMA): A randomized clinical trial*. *JAMA Network Open*, 5(11), e2240366. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.40366>
- Bull, F. C., Al-Ansari, S. S., Biddle, S., Borodulin, K., Buman, M., Cardon, G., ... & Willumsen, J. F. (2020). World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *British Journal of Sports Medicine*, 54(24), 1451–1462. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102955>
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). *Physical activity, exercise, and physical fitness: Definitions and distinctions for health-related research*. *Public Health Reports*, 100(2), 126–131.
- Conceição, A. F., Furtado, G. E., Lourenço, C. L. M., et al. (2025). *Multicomponent exercise training does not alter depressive symptoms in older people: A systematic review with meta-analysis of current evidence*. *Sport Sciences for Health*, 21(5), 1391–1404. <https://doi.org/10.1007/s11332-025-01420-y>
- D'Amore, C., Ma, S., Bleck, J., & Chen, Y. (2023). Determinants of physical activity among community-dwelling older adults: An umbrella review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 20(1), 29. <https://doi.org/10.1186/s12966-023-01528-9>
- De La Vega-Cordero, E. M., López-Teros, M., García-González, A. I., Rosas-Carrasco, O., & Castillo-Aragón, A. (2023). Effectiveness of an online multicomponent physical exercise intervention on the physical performance of community-dwelling older adults:

A randomized clinical trial. *Journal of Aging and Physical Activity*, 31(6), 890–899. <https://doi.org/10.1123/japa.2022-0405>

Delpino, F. M., de Lima, A. P. M., da Silva, B. G. C., Nunes, B. P., Caputo, E. L., & Bielemann, R. M. (2022). Physical activity and multimorbidity among community-dwelling older adults: A systematic review with meta-analysis. *American Journal of Health Promotion*, 36(8), 1371–1385. <https://doi.org/10.1177/08901171221104458>

dos Santos, G. M. C., Mendonça, C. R. R., de Sousa, R. A. L., & Gomes, W. R. (2023). Effects of home-based exercise programs on physical function and psychosocial outcomes in older adults: A systematic review. *Sports Health*, 15(5), 427–437. <https://doi.org/10.1177/19417381231175665>

dos Santos, I. K., Cobucci, R. N., de Medeiros, J. A., da Silva Cunha de Medeiros, R. C., Knackfuss, M. I., Thomatieli dos Santos, R. V., & Dantas, P. M. S. (2023). Home-based exercise programs and their effects on fear of falling, quality of life, and mobility in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Sports Health*, 16(3), 285–296. <https://doi.org/10.1177/19417381231205157>

Duan, Y., Yang, M., Wang, Y., Cheng, S., Liang, W., Lippke, S., Zhang, S., & Chen, L. (2025). A blended lifestyle intervention to promote physical activity and healthy diet among older adults in Hong Kong: A randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 25, 134. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-18243-9>

Ferreira, S., Marmeleira, J., Del Pozo Cruz, J., Leite, N., Bernardino, A., Moradell, A., & Raimundo, A. (2025). Effects of a multimodal training program with augmented reality on physical fitness and activity levels in older adults: A quasi-experimental study. *Frontiers in Sports and Active Living*, 7, 1551877. <https://doi.org/10.3389/fspor.2025.1551877>

Hirase, T., Inokuchi, S., Koshikawa, S., Shimada, H., & Okita, M. (2023). Preventing musculoskeletal pain and promoting activity in older adults: Results from a randomized controlled trial. *Pain Medicine*, 24(5), 507–514. <https://doi.org/10.1093/pm/pnad012>

- Liu, H., et al. (2025). Meta-analysis of the effects of multi-component exercise on cognitive functions in older adults. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 17, 1551877. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2025.1551877>
- Newton, R. L., Beyl, R., Hebert, C., Harris, M., Carter, L., Gahan, W., & Carmichael, O. (2022). A community-based physical activity intervention for older African American adults: The Physical Activity and Aging in the Community Environment (PAACE) pilot trial. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 54(12), 2124–2132. <https://doi.org/10.1249/MSS.00000000000003014>
- Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2024). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBIC Evidence Synthesis*, 22(1), 1–12. <https://doi.org/10.11124/JBIES-23-00336>
- Silva, L. B., Rocha Silva, E. E. M., Palheta, É. V., & Teles, C. C. C. (2025). Atividade física regular: O impacto para a saúde preventiva. *Research, Society and Development*, 14(5), e2514548779. <https://doi.org/10.33448/rsd-v14i5.48779>
- Sirikul, W., Buawangpong, N., Pinyopornpanish, K., et al. (2024). Impact of multicomponent exercise and nutritional supplement interventions for improving physical frailty in community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 24, 958. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05551-8>
- Takeda, H., & Takatori, K. (2022). Effect of a buddy-style intervention combined with home exercise on outdoor walking time in older adults with disability: A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 36(12), 1590–1600. <https://doi.org/10.1177/02692155221115563>
- Tarazona-Santabalbina, F. J., Belenguer-Varea, Á., Rovira, E., Salcedo-Mahiques, E., Cuesta, M., & Ferré-Grau, C. (2020). Effects of an interdisciplinary home rehabilitation program in frail older adults. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 13, 1291–1302. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S267647>

World Health Organization. (2020). Decade of healthy ageing: Baseline report. Geneva: WHO.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>

Considerações Finais

O percurso formativo desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação constituiu uma oportunidade ímpar de crescimento pessoal, acadêmico e profissional. A realização de estágios em diferentes contextos hospitalares, comunitários e institucionais possibilitou a integração da teoria na prática, permitindo consolidar as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

Ao longo do ensino clínico foi possível aprofundar conhecimentos, desenvolver pensamento crítico, exercitar a tomada de decisão em situações complexas e reforçar a importância da prática baseada na evidência, da ética e da interdisciplinaridade. A reflexão crítica sobre as experiências vividas evidenciou que o EEER tem um papel central na promoção da funcionalidade, na capacitação da pessoa e da família/cuidador, e na maximização da autonomia e qualidade de vida.

Cada contexto de estágio contribuiu de forma singular para a consolidação destas competências, revelando a importância da reabilitação em todas as fases do ciclo de vida e em múltiplos cenários de cuidados. De forma particular, a reflexão conjunta com os tutores clínicos e com os professores orientadores foi determinante para o desenvolvimento, uma vez que permitiu analisar práticas, identificar áreas de melhoria e transformar experiências em conhecimento aprofundado e aplicável.

Complementarmente, a componente de investigação, através da scoping review sobre programas de atividade física em idosos da comunidade, permitiu mapear a evidência científica disponível e identificar contributos relevantes para a prática clínica. Os resultados confirmaram os benefícios consistentes dos programas multicomponentes na melhoria da capacidade funcional e apontaram para o potencial de intervenções inovadoras, apoiadas em tecnologia, no reforço da adesão e da manutenção da atividade física. Esta revisão reforça a pertinência da investigação em enfermagem como ferramenta para fundamentar intervenções e orientar políticas de saúde.

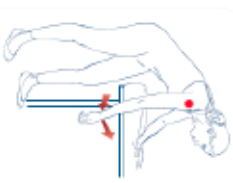
Em síntese, este relatório reflete a articulação entre prática clínica, investigação e reflexão crítica, demonstrando a evolução do percurso académico e profissional rumo à consolidação da identidade do EEER. O conhecimento adquirido e as competências desenvolvidas, em estreita articulação com o acompanhamento tutorial e pedagógico,

constituem alicerces sólidos para a prática futura, contribuindo para a qualidade e segurança dos cuidados de saúde e para a valorização da enfermagem de reabilitação enquanto especialidade essencial na resposta aos desafios atuais do envelhecimento populacional e da complexidade crescente dos cuidados.

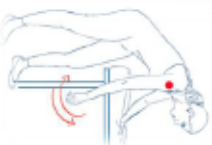
Apêndices

Apêndice I – Panfleto ” Exercícios de Reabilitação na Artroplastia do Ombro”

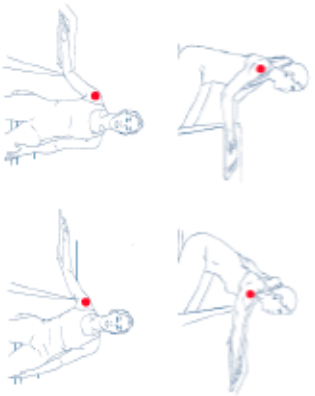
- Movimentos pendulares para dentro e para fora:



- Movimentos pendulares a rodar para a direita e para a esquerda:



Sentada em frente/lado a uma mesa, coloque a mão sobre a toalha para facilitar o movimento, incline o tronco para a frente/lado, movimentando o braço sobre a mesa:



Recomendações:

- Aplicar gelo durante 15 minutos, 3 vezes por dia;
- Manter a mão elevada para prevenir o aparecimento de edema (inchaço);
- Usar o imobilizador do ombro indicada pelo médico;
- Usar roupa confortável por baixo do imobilizador do ombro;
- Deve vestir primeiro o braço operado e ao despir deve ser em último o braço operado;
- Não deve levantar pesos;
- Não deve dormir sobre o lado operado;
- Não deve conduzir até indicação médica.

Sinais de Alerta:

- Perda de sangue abundante do local da ferida cirúrgica;
- Dor intensa ou formiguento (parestésias) do braço operado;
- Edema (inchaço) excessivo e coloração cianótica (roxo) da pele do braço operado;
- Febre igual ou superior a 38º

Unidade Local de Saúde da Guarda

Hospital Sousa Martins

Serviço de Ortopedia

Telefone: 217200465

Sec.ortopedia@ulsguarda.unh-saude.pt



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
GUARDA



Artroplastia do Ombro



Exercícios de Reabilitação do Ombro



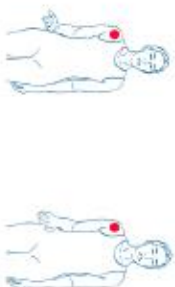
SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

Artroplastia do Ombro:

A artroplastia do ombro, é uma cirurgia de substituição da articulação do ombro. A área arredondada do seu osso do braço (escapulo-umeral) será substituída por uma prótese de metal.

**Posicionamento na cama:**

Deite-se para o lado não operado de forma a evitar o peso do corpo sobre o braço operado, até indicação médica.

**Virar a palma da mão e para baixo:****Dobrar e esticar o cotovelo com ajuda do braço não operado:**

Exercícios de Reabilitação

Abrir e fechar os dedos da mão.**Dobrar e esticar o punho:**

Apoiando-se sobre uma mesa, realize os movimentos pendulares com o braço operado:
- Movimentos pendulares para frente para trás:



É indicado o uso de imobilizador do ombro, com cotovelo posicionado a 90 graus e com antebraço e mão apoiados no abdômen, ou um imobilizador de ombro incluindo almofada de afastamento (abdução) do braço operado.

Apêndice II – Panfleto ” Hidrocefalia de Pressão Normal”

Treino Cognitivo

- Realizar jogos de estimulação relacionados com a linguagem (exercícios de conversação e narração), a memória (questões autobiográficas), a atenção (encontrar diferenças), o cálculo mental (completar sequências de números)




- Realizar jogos de estimulação de cores e raciocínio lógico: puzzles;
- Realizar jogos de Motricidade Fina: pintura, coagens;

 DIA	 MÊS	 ANO
 CLIMA	 ESTÁGIO	 HORA

- Facilitar a orientação para a realidade (tempo e espaço)
- Providenciar treino de orientação (ex. repetir informação e dados significativas da sua vida);
- Providenciar oportunidades para usar a memória de eventos recentes (ex. questionar o acerca de um acontecimento recente);

Em caso de dúvidas, contacte o Serviço de Neurocirurgia!



Referências Bibliográficas

Peusariell, M., Marziano, A., Blunt, B., Rajalingam, R., Frazao, A. (2023). Gait Analysis in Idiopathic Normal Pressure Hydrocephalus: A Meta-Analysis. *Movement Disorders Clinical Practice*, 10(11), 1574-1584. <https://doi.org/10.1002/mdc3.13815>

Nikolic, V., Uzunali, M., Okada, Y., Aboue, T., Kawami, Y., Ishida, N., Kajiwara, Y., Saeki, H. (2021). Rehabilitation effects of idiopathic normal pressure hydrocephalus: a systematic review and meta-analysis. *Neurology*, 270, 357-368. <https://doi.org/10.1007/s00415-022-11383-x>

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Perfil Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordem.enfermeiros.pt/arquivo/codigos/Documents/2015/MCEER_Assentib_eia/PerfilDocumenal_SER.pdf

Medicina Física e da Reabilitação (2025). *Programas de exercício para o domotico*. https://mfic-associacao.com/pt/pt/02_13_16107623403_00016

Elaborado por:
Helena Cabral e Raquel Vião
Alunas do Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Viseu
Abril de 2025

O início precoce de um programa de reabilitação, permite uma recuperação mais rápida e uma melhoria da qualidade de vida



SERVIÇO DE Neurocirurgia

Hidrocefalia de Pressão Normal



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
VISEU DÃO-LAFÕES



Unidade de Internamento

CONTACTOS
Serviço de Neurocirurgia
Unidade de Internamento |
Piso 6
Telefone: 000 000 000






Unidade de Internamento

Hydrocefalia de Pressão Normal

É uma patologia caracterizada pela triade sintomática de:

- Comprometimento da marcha e do equilíbrio, comprometimento cognitivo e incontinência urinária.



Dificuldades em tarefas do dia a dia, como cuidar da higiene pessoal, vestir-se, alimentar-se ou mesmo caminhar, costumam aparecer lentamente no início da doença, quando os movimentos ficam mais lentos e o equilíbrio fica prejudicado.

O diagnóstico assenta na presença de alterações da marcha e outro sintoma da triade clássica, alterações imagiológicas típicas e resposta à drenagem de líquido cefalorraquidiano. Esta drenagem é feita através de cirurgia para colocação de uma Derivação lombar externa (DLE).

O diagnóstico só é definitivo na presença de melhoria dos sintomas após esta cirurgia.



A derivação ventriculoperitoneal (DVP) cirúrgica é o tratamento de eleição, onde o líquido cefalorraquidiano é drenado do cérebro para o abdómen, de forma permanente.



Exercícios de Reabilitação Motora

(Para cada exercício, faça 10 repetições, 2 vezes e ir aumentando)

- De pé, apoiado numa mesa:

- Levante o joelho até ao nível da anca (10x)
- Movimente a perna para trás (10x)
- Movimente a perna para o lado (10x)



- De pé, com o apoio de uma cadeira, dobre os joelhos e volte à posição inicial (10x)



- Levantar e sentar de uma cadeira (10x)



- De pé, tente permanecer na mesma posição por 15 segundos, com o apoio de um só pé. De seguida, inverte de pé



Exercícios de Reabilitação para a Incontinência Urinária

Contrações lentas dos músculos elevadores do ânus



Deitado

Sentado

De pé

- Deve realizar os exercícios nas seguintes posições:
- Contrair durante 10 segundos e depois relaxar durante 10 segundos.



Contrações rápidas dos músculos elevadores do ânus



Deitado

Sentado

De pé

- Deve realizar os exercícios nas seguintes posições:
- Realize 10 contrações dos músculos elevadores do ânus com a máxima rapidez que conseguir e mantenha apenas 1 segundo cada contração



Apêndice III – Panfleto ” Alimentação por Sonda Nasogástrica”

Alimentação para administrar por sonda nasogástrica

- Os alimentos a incluir na alimentação devem ser variados, respeitando as necessidades nutricionais da pessoa;



- Cozinhados adequadamente, retirando todos os ossos e espinhas para serem triturados e diluídos ficando com uma consistência que permita a sua introdução pela sonda;

Recomendações

- Uma refeição por sonda nasogástrica deve demorar aproximadamente o tempo que levaria se tivesse de mastigar os alimentos;
- A pessoa com sonda nasogástrica deverá realizar 5 a 6 refeições diárias;
- O intervalo entre as refeições deve ser de cerca de 3 horas;
- Mesmo que a pessoa seja alimentada apenas por sonda nasogástrica é importante realizar os cuidados de higiene oral, lavando os dentes e gengivas, aplicar creme hidratante nos lábios, prevenindo infeções e secura das mucosas.

- O adesivo do nariz deve ser mudado diariamente e quando se apresentar com sinais de degradação, tendo o cuidado de não retirar a sonda do local. Realizar diariamente os cuidados de higiene do nariz, prevenido a maceração causada pela sonda.

Complicações

Obstrução da sonda: pode surgir devido a alimentos ou medicamentos mal triturados, ou por limpeza incorreta.

- Introduza água com uma seringa exercendo pressão até desobstruir a sonda.

Vómitos: podem ocorrer devido a intolerância alimentar, ou devido à rapidez na administração da alimentação.

- Coloque a pessoa em posição lateral de imediato, e com a seringa aspire pela sonda e removendo todo o conteúdo alimentar.

Unidade Local de Saúde da Guarda
Elogínia Sousa Martins
Serviço de Medicina B
Telefone: 217200362 Email: Sck.medicinaB@algarvsaude.mg-ssn.de.pt



SERVIÇO MEDICINA B

Alimentação



Sonda Nasogástrica



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

Sonda Nasogástrica

A sonda nasogástrica consiste na introdução de uma sonda

através de uma narina até ao estômago, para permitir a administração de alimentos,



líquidos e medicamentos às pessoas que se encontram incapacitadas de deglutir.

Cuidados antes de iniciar a alimentação

- Verifique se a sonda está fixa ao nariz com o adesivo;
- Observe o interior da boca, despiritando se a sonda não está enrolada na boca;

Confirme se a sonda está localizada no estômago:

- Retire a tampa da sonda, introduzir a seringa vazia na extremidade e aspirar, se sair pequena

quantidade de conteúdo gástrico, é porque a sonda está bem colocada e pode alimentar;

- Se sair conteúdo gástrico em quantidade igual ou superior a metade da última refeição administrada, introduza novamente o conteúdo e espere cerca de 1 hora para repetir o procedimento.

Cuidados durante a alimentação

- Lave as mãos;
- Coloque numa zona limpa a alimentação e os utensílios necessários;
- A pessoa deve ser alimentada em posição sentada, ou se não for possível com a cabeça elevada entre 30° a 45°;

- Proteja com um resguardo o peito da pessoa;
- Verifique a temperatura dos alimentos;
- Encha a seringa com o alimento e retire o ar da seringa;
- Retire a tampa da sonda, adapte a seringa e introduza a alimentação lentamente;
- Retire a seringa após administrar a alimentação e tape a sonda, para não entrar ar nem sair líquido;

- No fim da refeição introduza água para lavar a sonda, prevenindo a obstrução.

Cuidados após a alimentação

- Após a alimentação, a pessoa deverá permanecer com a cabeça elevada durante pelo menos 30 minutos, para uma melhor digestão;
- Ao longo do dia entre o intervalo das refeições deve ir administrando água pela sonda para manter a pessoa hidratada;

Cuidados na administração de medicamentos

- Triturar os comprimidos até ficarem sob a forma de um pó fino, em caso de serem cápsulas devem ser abertas e recolher o pó;



- Diluir a medicação em água e administrar pela sonda antes, durante ou após a refeição, respeitando a prescrição;
- Lavar a sonda com água depois de administrar a medicação.

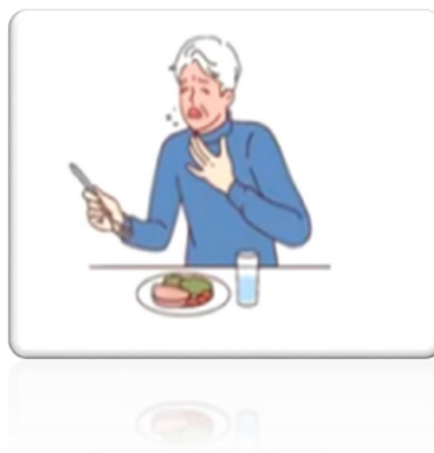
Apêndice IV – Panfleto ” Disfagia”

DISFAGIA

A disfagia pode ser definida como dificuldade ou incapacidade em deglutir/engolir alimentos sólidos, líquidos ou a própria saliva.

Sinais de Alerta

- Alterações da consciência;
- Ausência do controlo da cabeça;
- Movimentos assimétricos dos lábios e língua;
- Sialorreia (babar);
- Ausência de encerramento dos lábios durante a deglutição/ escape anterior de conteúdo da cavidade oral;
- Alteração na voz (“voz húmida”) após deglutição;
- Tosse imediata após deglutição ou tardia (três minutos após a deglutição);
- Deglutições múltiplas;
- Aumento do tempo de deglutição (para líquidos e sólidos);
- Acumulação involuntária do conteúdo alimentar na cavidade oral;
- Alteração da sensibilidade na cavidade oral e na parede faríngea posterior;
- Reflexo venopalatino diminuído ou ausente;
- Diminuição em três valores percentuais da saturação periférica de oxigénio após deglutição;



Identificação de Disfagia (Enfermagem)

1. Instrumentos de apoio à tomada de decisão, escala o Gugging Swallowing Screen (GUSS).
2. Videofluoroscopia.

Recomendações

- Avaliar estado de consciência do doente e capacidade de cumprir indicações;
- Avaliar capacidade para manter o controlo cabeça e pescoço;
- Posicionar o doente em decúbito fowler (cabeceira elevada a 45-60°);
- Avaliar a eficácia da tosse do doente;
- Observar se consegue deglutir saliva/secreções;
- Manter tronco ereto;
- Posicionar a região pescoço em flexão evitar hiperextensão do pescoço;
- Prótese dentária bem adaptada;
- Usar equipamento adaptativo (colher pequena metálica e copo recortado);
- A pessoa que alimenta deve estar sentada ao mesmo nível do doente, evitado a extensão do pescoço do doente;
- Introdução da colher na boca na direção de baixo para cima, evitado a hiperextensão do pescoço;
- Direcionar os alimentos para a parte média da língua, preferencialmente para o lado mais funcional;
- Realizar a higiene oral após alimentação;
- Manter a posição fowler (cabeceira elevada a 45-60°) pelo menos 30 min após as refeições.

Estratégias Compensatórias Posturais

1. Cabeça em Flexão:

Baixar a cabeça até que o pescoço fique fletido, e o queixo permaneça a 3/4 da sua distância normal do tronco, durante a introdução dos alimentos na boca.



3. Rotação da cabeça:

Rodar a cabeça para a lado menos funcional e baixar a cabeça até que o pescoço fique fletido e o queixo permaneça a 3/4 da sua distância normal do tronco, durante a deglutição.



2. Inclinação da cabeça:

para o lado mais funcional.



4. Decúbito lateral com cabeça apoiada:

Posicionar a pessoa em decúbito lateral para o lado mais funcional e com a cabeça apoiada numa almofada, elevar a cabeceira num ângulo superior a 30 graus.



Estratégias Compensatórias Sensitivas

Mudança no sabor:

Adicionando ácido cítrico aos alimentos podem-se melhorar os reflexos envolvidos na deglutição e secreção salivar.



Mudança no volume:

Alguns doentes beneficiam de colheres mais cheias outros de colheres com menos quantidade. Enquanto uma colher mais cheia pode originar uma deglutição mais rápida por aumentar a estimulação sensitiva e a percepção do alimento na cavidade oral. Uma colher com menos quantidade, reduz o risco de aspiração, porém há uma menor estimulação sensitiva.



Estimulação térmica:

Massajar com um cubo de gelo envolvido numa compressa, durante dez segundos a base da língua e as bochechas, tocando levemente.



Estimulação tátil:

Pode ser efetuada através de uma pressão adicional com a colher na língua quando a comida fornecida. Útil no caso de o doente apresentar um atraso no reflexo de deglutição.



Estratégias Compensatórias Consistência dos Alimentos

Uso de espessante para os alimentos

Consistência tipo néctar:

Líquido espessado;
Pode-se beber diretamente do copo.



Néctar

Consistência tipo mel:

Pastoso fino;
Pode-se beber diretamente do copo.



Mel

Consistência tipo pudim:

Pastoso grosso;
Deve ser ingerido por colher.



Pudim

Apêndice V – Panfleto ” Formulário de Registos de Enfermagem de Reabilitação”



UNIDADE CUIDADOS CONTINUADOS GUARDA – MANTEIGA

REGISTOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

NOME MORADA: : ___/___/___ _____	IDADE: D.N.	VINHETA COM NÚMERO PROCESSO
---	------------------------------	------------------------------------

DATA DE ADMISSÃO: ___/___/___ ___/___/___ 2ª ___/___/___ DIAGNÓSTICO: ALERTAS/ ALERGIAS:	DATA REAVALIAÇÕES: 1ª 2ª ___/___/___	HÁBITOS PRÉVIOS DE ATIVIDADE FÍSICA/ EXERCÍCIO: Esporádico O < 150 min O 150- 300 min O >300 min O
--	---	---

ANTECEDENTES PESSOAIS:					
HTA:	Dislipidemia:	Excesso de Peso:	DRC:	Diabetes:	(Insulinoterapia:)
Fratura:	(Localização/Intervenção:	DPOC	(OLD ___ l/ ___ horas)	Neoplasia:	(Localização/Metastização)
Sedentarismo:	Tabagismo:	Depressão/Ansiedade:	Anemia:	Hábitos	alcoólicos:
Incumprimento terapêutico:	Outros: ___				
TERAPÊUTICA DO DOMICÍLIO:					
ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO:					
Alimentar:	Medicamentoso:	Exercício Físico:			
AUXILIAR DE MARCHA:					
Andarilho:	Canadianas:	Bengalas:			
INTEGRIDADE CUTÂNEA: Presente: Ausente:					
		Ferida cirúrgica:	Localização:		
		Ferida traumática:	Localização:		
		Úlcera por Pressão:	Localização:	Categoria:	

COLHEITA DE DADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO							
Data	Avaliação Inicial: __/__/__	1ª Reavaliação: __/__/__	2ª Reavaliação: __/__/__				
Monitorização Sinais Vitais	PA (mmHg):	PA (mmHg):	PA (mmHg):				
	FC (bpm/min):	FC (bpm/min):	FC (bpm/min):				
	SpO2 (%):	SpO2 (%):	SpO2 (%):				
	Glicemia capilar:	Glicemia capilar:	Glicemia capilar:				
	Dor Escala: Pontuação: Localização:	Dor Escala: Pontuação: Localização:	Dor Escala: Pontuação: Localização:				
AVALIAÇÃO COGNITIVA							
Escala de Glasgow Score (0-15)							
Mini Mental State Test (0-30)							
AVALIAÇÃO MUSCULAR / ARTICULAR							
		Dto	Esq	Dto	Esq	Dto	Esq
Monitorização Força Muscular Medical Research Council (0-5)	Adução do ombro						
	Abdução do ombro						
	Flexão do cotovelo						
	Extensão do cotovelo						
	Flexão do punho						
	Extensão do punho						
	Flexão palmar						
	Dorsiflexão da mão						
	Flexão dos dedos						
	Extensão dos dedos						
	Flexão da anca						
	Extensão da anca						
	Flexão do joelho						
	Extensão do joelho						
	Flexão plantar						
Dorsiflexão do pé							
Monitorização da Amplitude Articular Gonometria (0°-180°)	Ombro						
	Cotovelo						

	Punho						
	Dedos						
	Anca						
	Joelho						
	Tibiotársico						
Escala de Asworth (0-5)	Membro Superior						
	Membro Superior						
AVALIAÇÃO FUNCIONAL							
Escala de Medida de Independencia Funcional (18-126)							
Escala de Guss (0-20)							
Escala de Tinetti (0-28)							
Teste Sit to Stand (n.º repetições)							
Timed Up And Go Test (em segundos)							
Falls Efficacy Scale (0-100)							
Escala de Borg (1-10)							
Teste de Avaliação da DPOC (0-40)							
Ventilação							
Data		Avaliação Inicial: _/_/___		1ª Reavaliação: _/_/___		2ª Reavaliação: _/_/___	
Auscultação Tórax	Murmúrio Vesicular	Lobo Superior					
		Lobo Médio/Língua					
		Lobo Inferior					
	Roncos	Lobo Superior					
		Lobo Médio/Língua					
		Lobo Inferior					
	Crepitações	Lobo Superior					
		Lobo Médio/Língua					
		Lobo Inferior					
	Sibilos	Lobo Superior					
		Lobo Médio/Língua					
		Lobo Inferior					

Padrão Respiratório							
Data		Avaliação Inicial:		1ª Reavaliação:		2ª Reavaliação:	
		___/___/___		___/___/___		___/___/___	
Tipo de Respiração		Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
	Respiração Torácica						
	Respiração Abdominal						
	Respiração Mista						
Amplitude Torácica	Normal						
	Superficial						
	Profunda						
Ritmo Respiratório	Regular						
	Irregular						
Uso dos Músculos Acessórios	Tiragem Intercostal						
	Tiragem Supraesternal						
	Tiragem Subcostal						
Esforço Respiratório	Sem esforço respiratório em repouso						
	Esforço respiratório em repouso						
	Esforço respiratório a pequenos esforços						
	Esforço respiratório a moderados esforços						
	Esforço respiratório a grandes esforços						

PLANO DE REABILITAÇÃO			
Reeducação Funcional Respiratória			
Data	Avaliação Inicial:	1ª Reavaliação:	2ª Reavaliação:
	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Posição de descanso e relaxamento			
Controlo e dissociação dos tempos respiratórios			
Respiração abdominodiafragmática			
Reeducação Abdómenodiafragmática	Hemicúpula direita		
	Hemicúpula esquerda		
	Porção posterior		
	Porção anterior		
	Global		

Reeducação Costal	Seletiva direita				
	Seletiva esquerda				
Exercício de Débito Inspiratório Controlado	Decúbito lateral esquerdo				
	Decúbito lateral direito				
Dispositivos Respiratórios	Espirómetro incentivo				
	Espirómetro volumétrico				
Manobras Acessórias de Limpeza da Via Aérea	Vibração				
	Compressão				
	Percussão				
Tosse	Dirigida				
	Assistida	Manualmente			
		Dispositivos			
Drenagem Postural Clássica/Modificada	Lobo Superior				
	Lobo Médio/Língua				
	Lobo Inferior				
Técnicas Respiratórias	Ciclo Ativo Técnica Respiratória				
	Expiração Lenta Total Glote Aberta				
Dispositivos de Promoção da Limpeza da via Aérea	Acapella				
	Flutter				
	Cough Assist				
Secreções	Esbranquiçadas				
	Mucoides				
	Amareladas				
	Muco-purulentas				
	Hemática				
Inaloterapia	Sem câmara expansora				
	Com câmara expansora				

PLANO DE REABILITAÇÃO

Reeducação Funcional Motora

Data		Avaliação Inicial: __/__/__	1ª Reavaliação: __/__/__	2ª Reavaliação: __/__/__
Exercícios Musculares / Articulares				
Passivo (P) Ativo Assistido (AA) Ativo (A) Resistido (R)				
Pescoço		Rotação		
		Flexão		
		Extensão		
		Inclinação		
Ombro		Rotação		
		Adução		
		Abdução		
		Retração		
		Protração		
Membros Superiores Direito (D) / Esquerdo (E)		Flexão		
		Extensão		
		Adução		
		Abdução		
		Supinação		
		Pronação		
		Desvio radial/cubital		
		Dorsiflexão		
		Flexão palmar		
		Oponência do polegar		
Membros Inferiores Direito (D) / Esquerdo (E)		Flexão		
		Extensão		
		Adução		
		Abdução		
		Rotação		
		Inversão		
		Eversão		
		Dorsiflexão		
		Flexão plantar		
Equilíbrio Corporal Estático/ Dinâmico	Sentado	Alinhamento / correção postural		
		Facilitação cruzada		
		Dissociação da cintura escapular e pélvica		
Equilíbrio Corporal Estático/ Dinâmico	Pé	Posição de pés juntos		
		Marcha em frente em linha reta		
		Marcha em lateral em linha reta		
		Apoio unipodal		
		Marcha em ponta de pés/calcanhares		
Transferências/ Levante	Estratégias adaptativas	Adaptação ergonômica		

	/Dispositivos auxiliares	Tabua de transferência			
		Disco de transferência			
Marcha	Treino de verticalização				
	Marcha estática				
	Marcha apoio unilateral/bilateral				
	Bengala				
	Canadianas				
	Andarilho				

PLANO DE REABILITAÇÃO				
Reeducação Funcional sensorial/cognitiva/social				
Data		Avaliação Inicial: __/__/__	1ª Reavaliação: __/__/__	2ª Reavaliação: __/__/__
Exercícios de estimulação	sensorial			
	cognitiva			
	Proprioceptividade			
	Motricidade fina			
Exercícios de estimulação	Social / Comportamental			

Apêndice VI – Panfleto ” Programa de reabilitação dirigido a uma pessoa com lesão medular.”



Escola Superior de Saúde de Viseu

7º Mestrado de Enfermagem de Reabilitação
Janeiro 2025

Helena Cabral N° 29505

Programa de Reabilitação

Nome: Joaquim Manuel Ferreira

Como prefere ser chamado: Joaquim

Idade: 61

Estado Civil: Casado

Profissão/Ocupação: Reformado.

Principal Cuidador: Bruno Ferreira (filho)

Condições de Habitação: ...

Atividades Diárias: Realizar a higiene de forma autónoma da parte superior do corpo, realiza higiene oral, consegue pentear-se, barbear-se e colocar creme no rosto e parte superior do corpo, veste a parte superior de forma autónoma, alimenta-se autonomamente. necessita de apoio para a transferência para cadeira de rodas, deambula no domicílio em cadeira de rodas.

Antecedentes Pessoais: Amaurose olho direito; hábitos etílicos; obesidade.

Diagnóstico atual: Queda com lesão vertebro medular a nível... completa, com paraplegia ASIA...; úlcera por pressão gau IV na região da sacro.

Terapêutica actual: Baclofeno 25mg às 7h/16h/19h; Tizanidina 2mg 19h; Quetiapina 150mg 7h/19h; senosideo A+senosideoB 22h; lactulose 15ml às 7h/19h; bisacodilo supositório 10mg 7h

Admitido: a 20/01/2025, referenciado pelo médico do centro de saúde.

Avaliação do Utente: estado de consciência com orientação (Escala de Glasgow); dependência nos autocuidados (Índice de Barthel ou Escala Medida de Independência Funcional (MIF); tônus muscular (Escala de Ashworth Modificada); avaliação da força muscular Medical Research Council Muscle Scale (escala de força muscular); avaliação do equilíbrio (escala de Berg ou Índice de Tinetti); com alto risco de desenvolvimento de úlcera de pressão (Escala de Braden); médio risco de queda de acordo (Escala de Morse).



Foco:

Capacidade funcional para o Autocuidado (AC)

Critério de Diagnóstico:

- Avaliar a capacidade para usar dispositivos auxiliares e técnicas de adaptação para os AC: higiene; vestuário; arranjar-se; sanitário.

- Avaliar o conhecimento e a capacidade sobre usar dispositivos auxiliares e técnicas de adaptação para os AC: higiene; vestuário; arranjar-se; sanitário.

Diagnóstico:

- Capacidade funcional para o Autocuidado comprometida;
 - Potencial para melhorar o conhecimento e a capacidade para usar dispositivos auxiliares e técnicas de adaptação nos AC: higiene; vestuário; arranjar-se; sanitário;

Resultados de enfermagem esperados:

- Conhecimento e capacidade para usar dispositivo auxiliares e técnicas de adaptação no AC: higiene; vestuário; arranjar-se; sanitário, melhorada;
 - Promover a recuperação da autonomia no AC.

Intervenções de enfermagem:

- Avaliar grau de dependência segundo a Escala de Barthel ou escala MIF;
 - Avaliar o equilíbrio com a escala de Berg ou Índice de Tinetti;
 - Avaliar o conhecimento e a capacidade para usar técnica de adaptação para os AC;
 - Avaliar a capacidade de para usar dispositivo auxiliar para os AC: : higiene; vestuário; arranjar-se; sanitário;
 - Ensinar, instruir e treinar o AC:
 . Utilização de cadeira rodas higiênica, esponjas com cabos longos, espelhos posicionados para autovigilância dos cuidados de higiene no momento da lavagem como na secagem;
 . Colocação de barras metálicas de apoio no poliban, ajustar a altura do lavatório e dos espelhos;
 . Adaptação de sanitas com alteadores, barras laterais;
 . Utilização de vestuário largo e elástico para facilitar os movimentos, utilizar pinças de cabo ou pegas e calcadeiras de cabo longo e evitar sapatos com atacadores;
 . Encontrar a estratégias adequadas para se vestir, podendo fazê-lo na posição de sentado ou recorrendo aos planos inclinados da cama.

Foco:

Equilíbrio corporal

Critério de Diagnóstico:

- Avaliar o equilíbrio corporal;
 - Avaliar o conhecimento a capacidade para executar técnicas de equilíbrio corporal.

Diagnóstico:

- Equilíbrio corporal comprometido
 - Potencial para melhorar o conhecimento e a capacidade para executar técnicas de equilíbrio corporal.

Resultados de enfermagem esperados:

- Conhecimento e capacidade para executar técnicas de equilíbrio corporal, melhorada;

<ul style="list-style-type: none"> - Promover a recuperação do equilíbrio.
<p>Intervenções de enfermagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o equilíbrio com a escala de Berg ou Índice de Tinetti; - Avaliar o conhecimento e a capacidade para executar técnicas de equilíbrio corporal; - Avaliar equilíbrio corporal: equilíbrio estático e dinâmico nas posições de sentado; - Ensinar, instruir e treinar o equilíbrio estático sentado com transferência de peso para os braços; treino de equilíbrio dinâmico sentado com carga nos membros superiores ou com recurso a bola; - Estimular a manter o equilíbrio corporal: correção postural na posição de sentada, treinando com a pessoa, para que esta consiga ao longo do dia corrigir a sua postura sem ajuda ou com ajuda mínima; - Incentivar o equilíbrio corporal com exercícios em cadeira de rodas com push-up de 20 em 20 minutos, inclinação lateral do tronco e flexão anterior do tronco.
<p>Foco:</p> <p>Transferências</p>
<p>Critério de Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a capacidade para realizar a transferência da cama para cadeira rodas e o inverso. - Avaliar o conhecimento e a capacidade para usar dispositivos auxiliares e técnicas de adaptação para as transferências.
<p>Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transferências comprometido; - Potencial para melhorar o conhecimento e a capacidade para usar dispositivos auxiliares e técnicas de adaptação para as transferências.
<p>Resultados de enfermagem esperados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento e capacidade para usar dispositivos auxiliares e técnicas de adaptação para as transferências, melhorada; - Promover a recuperação da autonomia nas transferências.
<p>Intervenções de enfermagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o autocuidado: transferir-se (leito/ cadeira de rodas, sanita, cadeira de banho) com a escala MIF; - Avaliar o conhecimento e a capacidade para usar dispositivos auxiliares e técnicas de adaptação para as transferências; - Ensinar, instruir e treinar sobre atividade na cama: sentar, deitar, arrastar, rolar; - Ensinar, instruir e treinar sobre equilíbrio na cama e na cadeira de rodas realizando de auto-mobilizações dos membros inferiores; - Ensinar, instruir e treinar o fortalecimento dos músculos abdominais e lombares através do balanço do tronco;

- Ensinar, instruir e treinar sobre estratégias adaptativas e uso de ajudas técnicas para as transferências (tábua de transferência);
- Incentivar, assistir e supervisionar as transferências;
- Realizar reforço positivo das ações desempenhadas pelo utente;
- Providenciar o material necessário (cadeira de rodas com o tamanho adequado e almofada preventiva de úlceras por pressão).

Foco:

Autocontrolo: continência urinária

Critério de Diagnóstico:

- Avaliar o autocontrolo continência do esfíncter vesical;
- Avaliar o conhecimento a capacidade para autocontrolo continência do esfíncter vesical.

Diagnóstico:

- Autocontrolo: continência urinária ineficaz (algaliação crónica em contexto de bexiga neurogénica);
- Potencial para melhorar o conhecimento e a capacidade para autocontrolo continência urinária ineficaz.

Resultados de enfermagem esperados:

- Conhecimento e capacidade para o autocontrolo continência do esfíncter vesical, melhorada;
- Prevenir complicações da algaliação permanente;
- Permitir a autonomia no manuseamento dos dispositivos de eliminação urinária.

Intervenções de enfermagem:

- Avaliar o autocontrolo da continência urinária;
- Ensinar, instruir e treinar sobre a higiene, fixação e posicionamento da sonda vesical;
- Ensinar, instruir e treinar sobre a substituição do saco coletor;
- Ensinar, instruir e treinar relativamente às características da urina e sinais de alerta de infeção urinária;
- Ensinar, instruir e treinar sobre a importância do reforço hídrico.

Foco:

Autocontrolo: continência intestinal

Critério de Diagnóstico:

- Avaliar o autocontrolo continência do esfíncter anal;
- Avaliar o conhecimento a capacidade para autocontrolo continência do esfíncter anal.

Diagnóstico:

- Autocontrolo: continência intestinal ineficaz;

- Potencial para melhorar o conhecimento e a capacidade para autocontrole continência intestinal ineficaz.

Resultados de enfermagem esperados:

- Conhecimento e capacidade para o autocontrole continência do esfíncter anal, melhorada;
- Prevenir complicações da incontinência intestinal;
- Permitir a autonomia no manuseamento dos dispositivos de eliminação urinária.

Intervenções de enfermagem:

- Avaliar através da ASIA se tem contração e sensibilidade anal;
- Avaliar o autocontrole da continência intestinal, conhecer o padrão intestinal;
- Informar sobre a importância da administração de laxantes, expansores de volume, ingestão hídrica e cuidados na alimentação;
- Ensinar, instruir e treinar o posicionamento e postura correta na sanita no momento da defecação (tronco inclinado para a frente, pés apoiados, mãos apoiadas nos joelhos e respirações controladas para uma manobra de valsalva);
- Ensinar, instruir e treinar a massagem abdominal e perianal;
- Ensinar, instruir e treinar a realização do treino intestinal diário ou em dias alternados com supositório de bisacodilo;
- Ensinar, instruir e treinar relativamente às características das fezes e sinais de alerta de fecalomas.

Foco:

Movimento Muscular Membros Inferiores

Critério de Diagnóstico:

- Avaliar da força muscular;
- Avaliar o conhecimento e a capacidade sobre técnicas e exercícios musculares e articulares.

Diagnóstico:

- Movimento muscular comprometido nos membros inferiores;
- Potencial para melhorar conhecimento e a capacidade para executar sobre técnicas de exercício muscular e articular.

Resultados de enfermagem esperados:

- Preservar tônus muscular, a amplitude articular, diminuir a espasticidade;
- Prevenir complicações decorrentes da imobilidade.

Intervenções de enfermagem:

- Avaliação da força muscular através da escala Medical Research Council;
- Avaliação da espasticidade através da escala de Ashworth;
- Ensinar, instruir e treinar sobre técnicas e exercícios musculares e articulares;

- Ensinar, instruir e treinar técnicas de exercício muscular e articular passivo, em todos os segmentos articulares dos membros inferiores, 1 vez/dia ou mais, com repetições de 10 em cada segmento, respeitando a tolerância e amplitude articular;

- Mobilizações passivas nos membros inferiores: flexão/extensão dedos dos pés, inversão e eversão dos pés, flexão/extensão das tibiotársicas, flexão/extensão do joelhos, flexão/extensão das coxo-femural, rotação interna/rotação externa da coxo-femural e adução/abdução da coxo-femural, dissociação da cintura pélvica, flexão dos joelhos bilateral e abdução (posição de buda);

- Realizar treino passivo com cicloergómetro estático acoplado a cama de hospital posição dorsal ou em posição sentado;

- Ensinar, instruir e treinar sobre o rolar e a ponte (se possível) e auto-posicionamento.

Foco:

Movimento Muscular Membros Superiores

Critério de Diagnóstico:

- Avaliar da força muscular;
- Avaliar o conhecimento e a capacidade sobre técnicas e exercícios musculares e articulares.

Diagnóstico:

- Movimento muscular mantido nos membros superiores;
- Potencial para melhorar conhecimento e a capacidade para executar sobre técnicas de exercício muscular e articular.

Resultados de enfermagem esperados:

- Preservar ou melhorar o tónus muscular, a força muscular e amplitude articular; prevenir complicações decorrentes da imobilidade.
- Conhecimento e capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular, melhorada.

Intervenções de enfermagem:

- Avaliação da força muscular através da escala Medical Research Council;
- Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular;
- Ensinar, instruir e treinar sobre técnicas de exercício de fortalecimento muscular e articular, para que possam ser repetidas, posteriormente ao longo do dia: mobilizações ativas; mobilizações ativas resistidas, respeitando a tolerância e amplitude articular;
- Ensinar, instruir e treinar a executar técnicas de exercício muscular e articular ativas e ativas resistidas em todos os segmentos articulares dos membros superiores, 1 vez/dia ou mais, com repetições de 10 em cada segmento, respeitando a tolerância;
- Ensinar, instruir e treinar a realização dos exercícios de fortalecimento muscular em associação com técnica de controlo da respiração;

- Ensinar, instruir e treinar a executar técnicas de exercício muscular e articular ativas e ativas resistidas nos membros superiores: dedos (abdução e adução; flexão e extensão e oponência do polegar e exercícios de motricidade fina); punhos (flexão e extensão; desvio radial e desvio cubital, antebraço (supinação e pronação), cotovelo (flexão e extensão); ombro (abdução e adução; rotação interna/externa; flexão e extensão; protração e retração);

- Ensinar, instruir e treinar a executar técnicas de exercício muscular e articular ativas resistidas nos membros superiores: com recurso a halteres, bandas elásticas.