

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

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

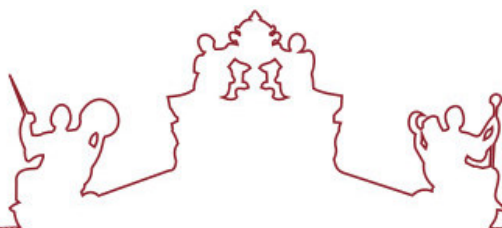
A pessoa com equilíbrio corporal comprometido - Contributos da Enfermagem de Reabilitação

Dora Isabel Letras Hortelão

Orientador(es) | Bruno André Magalhães Ferreira

Évora 2026





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

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

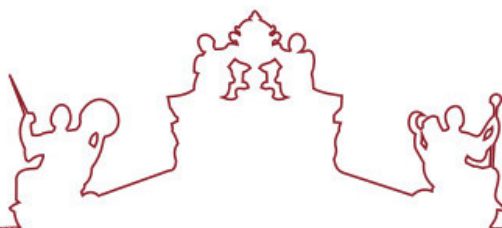
A pessoa com equilíbrio corporal comprometido - Contributos da Enfermagem de Reabilitação

Dora Isabel Letras Hortelão

Orientador(es) | Bruno André Magalhães Ferreira

Évora 2026





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

Presidente		Carlos Manuel Leitão Maia (Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias)
Vogais		Bruno André Magalhães Ferreira (Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde) (Orientador) Florbela Bia (Universidade de Évora) (Arguente) Maria José Bule (Universidade de Évora)

AGRADECIMENTOS

A todos os que me acompanharam durante esta fase da minha vida através da sua disponibilidade, compreensão e amizade e que de forma direta ou indireta contribuíram para a realização deste trabalho, desejo expressar aqui o meu profundo reconhecimento e agradecimento.

Ao Professor Bruno Ferreira, orientador científico deste relatório, quero expressar o meu profundo agradecimento pelos seus ensinamentos, e por todo o apoio e incentivo ao longo desta jornada formativa.

À Telma, à Alexandra e ao Ermelindo por toda a amizade, apoio, incentivo e motivação.

Às equipas de Medicina, de Ortopedia e da Unidade de Cuidados na Comunidade, pela forma como me receberam e orientaram e, em particular, à enfermeira Teresa e à enfermeira Cátia.

À minha equipa pelo apoio demonstrado ao longo de todo o processo.

Aos meus filhos, Joana e João, agradeço de uma forma muito especial, o amor e o carinho que incondicionalmente me dedicam, a compreensão que sempre demonstraram e o permanente incentivo nos momentos mais difíceis.

Agradeço ao meu José, o incentivo, a compreensão, a dedicação e o amor, que tanto têm contribuído para a minha felicidade, o apoio incondicional, otimismo, acreditando sempre em mim, nunca me deixando desistir, encorajando-me a concretizar o meu sonho de ser especialista, e consequentemente a concretização deste relatório.

Finalmente, agradeço a todos os que cuidei.

RESUMO

Enquadramento: O equilíbrio corporal é a capacidade de manter a estabilidade em diferentes posições ou movimentos. Com o envelhecimento e a hospitalização, surgem alterações que podem comprometer o equilíbrio. A Enfermagem de Reabilitação implementa intervenções especializadas na pessoa com equilíbrio comprometido.

Objetivos: Analisar o desenvolvimento de competências de enfermagem de Reabilitação (Comuns, Específicas) e de Mestre, e os contributos da especialidade na promoção do equilíbrio na pessoa hospitalizada.

Metodologia: Baseou-se em estudos de caso e numa intervenção orientada pelas teorias de Orem e Meleis, com revisão da literatura e utilização de instrumentos de avaliação.

Resultados: Acompanharam-se sete participantes, cujos dados sugerem ganhos em saúde. Os resultados reforçam a importância de avaliações sistemáticas e intervenções personalizadas na promoção do equilíbrio e prevenção de quedas.

Conclusão: As competências foram desenvolvidas, demonstrando que a intervenção especializada é fundamental na promoção do equilíbrio.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação; Enfermagem; Reabilitação; Equilíbrio Postural; Hospitalização.

The Person with compromised body balance – Contributions of Rehabilitation Nursing

ABSTRACT

Framework: Body balance is the ability to maintain stability in different positions or movements. With ageing and hospitalization, changes may occur that compromise balance. Rehabilitation Nursing implements specialized interventions for Person with compromised balance.

Objectives: To analyse the development of Rehabilitation Nursing competencies (Common, Specific) and master's level competencies, and the contributions of the specialty to the promotion of balance in the hospitalized person.

Methodology: It was based on case studies and on an intervention guided by Orem's and Meleis' theories, supported by a literature review and the use of assessment instruments.

Results: Seven participants were followed, and the data suggest health gains. The results reinforce the importance of systematic assessments and personalized interventions in promoting balance and preventing falls.

Conclusion: The competencies were developed, demonstrating that specialized intervention is essential for promoting balance.

Keywords: Rehabilitation Nursing; Nursing; Rehabilitation; Postural Balance; Hospitalization

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE I – Descrição do caso 1	79
APÊNDICE II – Descrição do caso 2	85
APÊNDICE III – Descrição do caso 3.....	91
APÊNDICE IV – Descrição do caso 4	98
APÊNDICE V – Descrição do caso 5.....	105
APÊNDICE VI – Descrição do caso 6.....	110
APÊNDICE VII – Descrição do caso 7.....	115
APÊNDICE VIII – Declaração de Consentimento Informado, livre e esclarecido.....	120
APÊNDICE IX – Instrumento de colheita de dados.....	122

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I – Escala de Equilíbrio de Berg (EEB).....	125
ANEXO II – Escala de Morse.....	130
ANEXO III – Índice de Barthel.....	132
ANEXO IV –Escala Medical Research Council Muscle Scale (MRC).....	135
ANEXO V – Mini Mental State Examination (MMSE).....	137
ANEXO VI – Parecer da Comissão de Ética e do Encarregado da proteção de dados.....	140
ANEXO VII - Trabalhos realizados ao longo do mestrado.....	142

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Percurso da pessoa submetida a artroplastia e intervenções de Enfermagem de Reabilitação.....	16
Tabela 2: Planeamento de intervenções do EEER para os focos movimento muscular, equilíbrio corporal e quedas.....	26
Tabela 3 - Características sociodemográficas e de saúde da amostra do estudo.....	39
Tabela 4 - Alterações no equilíbrio antes do internamento.....	40
Tabela 5 - Caracterização do equilíbrio - Escala de Equilíbrio de Berg.....	41
Tabela 6- Equilíbrio estático e dinâmico sentado e em ortostatismo.....	42
Tabela 7 - Caracterização da força muscular dos membros superiores.....	43
Tabela 8 - Caracterização da força muscular dos membros inferiores.....	43
Tabela 9 - Evolução da Independência Funcional (Índice de Barthel).....	44
Tabela 10 – Índice de Barthel – Diferença de resultados.....	45
Tabela 11 - Avaliação do risco de queda - Escala de Morse.....	46

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Representação da figura humana dentro do cone de estabilidade.....	23
Figura 2 - Fluxograma do programa de Reabilitação a pessoas com o equilíbrio corporal comprometido.....	26
Figura 3 - Referencial teórico de Dorothea Orem.....	31
Figura 4 - Referencial teórico de Afaf Meleis.....	34

LISTA DE SIGLAS

APA – American Psychological Association

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CIE - Conselho Internacional de Enfermeiros

DGS - Direção Geral de Saúde

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

ESEJD - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

NEER – Núcleo de Enfermeiros Especialistas de Reabilitação

PTA – Prótese total da anca

PTJ – Prótese total do joelho

INE – Instituto Nacional de Estatística

INSA - O Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

ÍNDICE

	pág.
INTRODUÇÃO	12
1– APRECIACÃO DO CONTEXTO CLÍNICO	15
1.1–SERVIÇO DE ORTOPEDIA.....	15
1.2 – SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA.....	17
1.3 – UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE	18
1.3 – CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO.....	19
2 – ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	20
2.1 – A PESSOA COM EQUILÍBRIO CORPORAL COMPROMETIDO	20
2.2 – CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM ALTERAÇÕES NO EQUILÍBRIO.....	25
2.3 – REFERENCIAL TEÓRICO DE DOROTHEA OREM	29
2.4 - REFERENCIAL TEÓRICO DE AFAP MELEIS.....	31
3 – IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO	35
3.1 – METODOLOGIA.....	35
3.1.1 – População alvo/ critérios de inclusão	36
3.1.2 – Instrumentos de recolha de dados	36
3.1.3 – Tratamento, análise e discussão dos resultados	37
3.1.4 - Considerações éticas	37
4 – RESULTADOS DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	39
4.1 – RESULTADO DAS INTERVENÇÕES.....	39
4.2 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	46
5 – ANÁLISE REFLEXIVA ACERCA DAS COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS	56
5.1 - COMPETENCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	56
5.2 - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM REABILITAÇÃO.....	63
5.3 - COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM.....	67
CONCLUSÃO	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
APÊNDICES	78
ANEXOS	124

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, integrada no 9.º Curso de Mestrado em Associação na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, desenvolveu-se o presente relatório, centrado na pessoa hospitalizada com equilíbrio corporal comprometido. A relevância desta temática decorre do impacto do compromisso do equilíbrio na funcionalidade, no risco de queda, na autonomia e na segurança da pessoa, constituindo um foco prioritário de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

O equilíbrio corporal, também designado equilíbrio postural, refere-se à capacidade de manter ou restaurar a estabilidade do corpo em diferentes posturas ou durante o movimento (Patti et al., 2023). Com o envelhecimento, ocorrem perdas de capacidades, entre elas alterações no equilíbrio, o que aumenta a vulnerabilidade das pessoas e compromete tanto a sua funcionalidade quanto a qualidade de vida (Pereira, 2019; Batista & Livramento, 2023).

Diversos estudos indicam que a prevalência de queixas relacionadas com o equilíbrio em indivíduos com mais de 65 anos pode chegar a 85% (Oliveira, 2021). Essas queixas estão associadas a múltiplas etiologias e podem-se manifestar com o equilíbrio comprometido, alterações na marcha, quedas frequentes, entre outras. O equilíbrio comprometido pode ser estático ou dinâmico, sentado ou em ortostatismo (Garcia et al., 2021; Rodrigues, 2023).

No exercício da sua competência de cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida (Regulamento n.º 392/ 2019), o EEER tem competências para identificar precocemente alterações do equilíbrio, da marcha e da mobilidade, intervindo de forma especializada.

A enfermagem de reabilitação atua na capacitação da pessoa com limitação da atividade e restrição da participação, promovendo a sua reinserção e garantindo uma alta segura para o domicílio. Sendo a maximização da funcionalidade uma das suas principais premissas, o EEER contribui para o desenvolvimento das capacidades individuais através da implementação de programas de reabilitação focados no treino motor e prevenção de quedas, contribuindo para a recuperação da autonomia e independência e para uma melhor qualidade de vida no processo de envelhecimento.

Nos contextos de prática clínica observou-se a presença frequente de pessoas hospitalizadas com alterações do equilíbrio, associadas a limitação funcional, maior dependência e risco acrescido de queda. Esta realidade reforçou a pertinência de analisar, de

forma mais sistematizada, o contributo das intervenções de Enfermagem de Reabilitação na promoção do equilíbrio corporal neste grupo de pessoas.

Deste modo, o EEER desempenha um papel fundamental, uma vez que compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos, que o permite ajudar pessoas com alteração do equilíbrio corporal, de forma a maximizar o seu potencial funcional e independência (Regulamento n.º 392/ 2019).

Face à problemática do equilíbrio corporal comprometido analisada anteriormente, fui norteadada pela seguinte questão:

Qual o contributo das intervenções da Enfermagem de Reabilitação, na promoção do equilíbrio corporal, na pessoa hospitalizada?

Dado o enquadramento subjacente, implementou-se uma estratégia de intervenção, cuja finalidade principal foi a análise dos contributos que advém da implementação de um programa de reeducação funcional motora, na promoção do equilíbrio corporal, na pessoa hospitalizada. A partir deste objetivo principal definiu-se três objetivos específicos:

- Maximizar a capacidade da pessoa para a promoção do equilíbrio estático e dinâmico, na posição de sentado e em pé (ortostatismo);
- Capacitar a pessoa para a consciencialização da relação entre o equilíbrio corporal comprometido e o risco quedas;
- Identificar os contributos da enfermagem de reabilitação na promoção do equilíbrio corporal e prevenção de quedas, e assim os ganhos em saúde.

Os objetivos apresentados estão alinhados com as competências e intervenções definidas para o EEER. Este orienta os seus cuidados para a promoção dos conhecimentos e das capacidades funcionais da pessoa, através da conceção e implementação de programas de reabilitação. Nesse âmbito, ensina, instrui e treina, garantindo que cada intervenção respeita a individualidade, as necessidades e o potencial de cada pessoa.

Este relatório explana o percurso referente à aquisição de competências de ER, nomeadamente:

- Competências Comuns: Gestão dos cuidados, melhoria contínua da qualidade, responsabilidade profissional, ética e legal, e aprendizagens profissionais (Regulamento n. 140/ 2019);
- Competências Específicas: Cuidar da pessoa, capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ ou restrição da participação e maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (Regulamento n. 392/ 2019). Praticar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação às pessoas hospitalizadas, bem como à família/ cuidador. Desenvolver competências na promoção do equilíbrio corporal;

- Competências de Mestre - Implementar o projeto. Fazer uma análise reflexiva dos resultados obtidos e partilhá-lo através do relatório de estágio. Estimular a investigação de enfermagem, com base em evidência científica (Decreto-lei n.º 65/ 2018).

Assim, o presente Relatório organiza-se em cinco capítulos, após a presente introdução. O primeiro capítulo diz respeito à componente de estágio, iniciando-se pela contextualização dos campos de estágio e breve análise da população, no segundo capítulo é realizado um enquadramento conceptual e teórico, o capítulo seguinte corresponde à componente metodologia. No quarto capítulo estará os resultados do estudo e discussão dos mesmos, no capítulo cinco é realizada uma descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas e do seu contributo para o desenvolvimento de competências comuns de Enfermeiro Especialista e competências específicas do EEER assim como as competências de Mestre. Por fim, a conclusão, as referências bibliográficas, os anexos e os apêndices.

A elaboração deste projeto obedece às Normas de Elaboração de Trabalhos Escritos ESESJD, e está redigido de acordo com as normas da American Psychological Association (APA) sétima edição.

1– APRECIACÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

O capítulo que se segue tem como objetivo caraterizar os locais de estágio, bem como a população onde ocorreram os ensinamentos clínicos. Estes ocorreram em dois hospitais diferentes e numa Unidade de Cuidados na Comunidade, integrados no Serviço Nacional de Saúde, e fazem parte da mesma Unidade Local de Saúde.

O primeiro Hospital, do foro ortotraumatológico, onde estagiei no serviço de Ortopedia, funciona como referência regional e nacional na área da ortopedia e traumatologia, com forte especialização em cirurgia e reabilitação do aparelho locomotor.

O segundo, um Hospital Distrital, onde realizei o estágio de neurologia, no serviço de Medicina Interna. Desde a sua abertura, o Hospital assumiu-se como unidade geral e polivalente, desempenhando um papel central na prestação de cuidados de saúde à população.

A seleção dos campos de estágio foi orientada pela necessidade de contactar com contextos que permitissem aprofundar competências essenciais para a intervenção em situações de equilíbrio corporal comprometido, garantindo uma aprendizagem coerente com os objetivos formativos e com os desafios clínicos característicos desta área.

1.1–SERVIÇO DE ORTOPEDIA

O estágio no serviço de Internamento de Ortopedia para adultos, correspondente à componente ortopédica, com duração de sete semanas. Este serviço presta assistência a utentes com patologia do aparelho locomotor, seja ortopédica, seja traumatológica.

É um serviço com capacidade de cerca de 46 camas. A equipa multidisciplinar é constituída pela equipa de enfermagem, com uma enfermeira gestora, uma Enfermeira Especialista de Enfermagem de Reabilitação, que estão presentes durante a semana no turno da manhã, por enfermeiros generalistas, por técnicos auxiliares de saúde, assistentes operacionais, equipa médica (de especialidade ortopedia e medicina interna), fisioterapeutas, assistente social e técnicos de diagnóstico de saúde e terapêutica. Neste serviço, são contemplados o período pré-operatório e o período pós-operatório tardio.

Durante o estágio, os diagnósticos mais frequentemente encontrados foram artroplastia total da anca e artroplastia total do joelho. A artroplastia é um procedimento cirúrgico ortopédico destinado à substituição, remodelação ou realinhamento de uma articulação danificada, com o objetivo de aliviar a dor, restaurar a mobilidade e melhorar a função articular.

Esta intervenção é frequentemente indicada em situações de patologia articular avançada, nomeadamente na osteoartrose, na artrite reumatoide, em fraturas articulares ou noutras condições que comprometem a integridade e o funcionamento da articulação. O procedimento pode envolver a substituição total ou parcial da articulação por uma prótese (Santos et al., 2023).

Tabela 1 – Percurso da pessoa submetida a artroplastia e intervenções de Enfermagem de Reabilitação.

Fase	Momento	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação
Consulta pré-operatória	Antes do internamento	Avaliação funcional da pessoa através de diferentes escalas; ensino de exercícios respiratórios e de mobilização; ensino/instrução do uso de auxiliares de marcha; ensino sobre posicionamentos e precauções pós-operatórias; produtos de apoio a adquirir, esclarecimento de dúvidas à pessoa e família, entrega de folhetos informativos.
Internamento pré-operatório	Tarde da véspera da cirurgia	Admissão no serviço; acolhimento da pessoa; verificação da preparação pré-operatória; reforço dos ensinamentos realizados na consulta.
Pós-operatório	Regresso ao serviço de internamento	Monitorização do estado clínico; controlo da dor; vigilância de sinais e sintomas; preparação para mobilização precoce.
Mobilização inicial	Primeiro levante	Sentar na beira da cama; levantar com apoio do enfermeiro; avaliação do equilíbrio e tolerância ao ortostatismo.
Treino de marcha	Durante o internamento	Início da deambulação com auxiliar de marcha (andarilho); progressão gradual da marcha (andarilho ou canadianas);
Treino funcional	Período pré-alta	Treino de marcha com auxiliar; treino de subir e descer escadas; treino de entrar e sair do carro; reforço do programa de exercícios e das precauções articulares.
Alta hospitalar	Final do internamento	Ensino para continuidade dos exercícios no domicílio; orientações sobre cuidados com a ferida operatória; identificação de sinais de alerta. Reforço dos ensinamentos para prevenção de quedas no domicílio.
Consulta de follow-up via telefone	Cerca de 1 semana após a alta	Avaliação da situação funcional e de segurança. Esclarecimento de dúvidas.

Fonte: Elaboração pela própria.

A enfermeira de reabilitação, para além de ajudar na gestão operacional do serviço, era gestora do risco do serviço, tem um projeto que se enquadra na capacitação da pessoa e família que vai ser internada, quer por coxartrose quer por gonartrose, para uma transição segura que se enquadra na consulta pré operatória e a consulta de follow-up. Participa no Núcleo de Enfermeiros de Reabilitação da Unidade Local de Saúde.

A participação nas consultas de pré-operatório representa um momento privilegiado para intervir na preparação funcional da pessoa antes da cirurgia. Estas consultas permitiram desenvolver intervenções centradas na otimização da capacidade respiratória, força muscular e mobilidade, com o objetivo de reduzir complicações pós-operatórias e promover uma recuperação mais rápida e segura. A educação para a saúde desempenhou um papel central, permitindo capacitar a pessoa e o cuidador para o autocuidado e para a gestão do período pós-cirúrgico.

Em todas as etapas são feitos ensinamentos e entregue folhetos informativos. Treino de andar com auxílio de marcha e produtos de apoio, como vestir e despir as calças e as meias.

No momento da alta, convoca-se o cuidador, é feito o reforço dos ensinamentos incluindo o subir e descer as escadas, e o entrar para o carro. Confirma-se a aquisição dos produtos de apoio.

Por razões clínicas/formativas descritas anteriormente, tornam este contexto de estágio relevante para a problemática do equilíbrio corporal comprometido e para o desenvolvimento de competências.

1.2 – SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

O segundo estágio ocorreu no serviço de Medicina Interna e fez parte da componente neurológica, apresentando a duração de 10 semanas. Este serviço tem 23 camas.

A equipa multidisciplinar integra uma enfermeira gestora, enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação (um deles a tempo inteiro no serviço e com funções de gestão operacional), enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, enfermeiros generalistas, técnicos auxiliares de saúde, assistentes operacionais, equipa médica, assistente social, técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala e fisioterapeutas.

Apesar deste estágio ser correspondente principalmente à componente neurológica, neste serviço foram encontrados um vasto leque de diagnósticos e comorbilidades, relacionados com a componente cardiorrespiratória, o que também foi bom para a aquisição de competências. As patologias mais frequentes neste serviço, foram as Infecções respiratórias, nomeadamente, Pneumonias Adquiridas na Comunidade e por Influenza, os Acidentes Vasculares Cerebrais e a Insuficiência Cardíaca.

Deste modo, os perfis clínicos-funcionais predominantes das pessoas internadas apresentavam elevada relevância para a prática de Enfermagem de Reabilitação. As necessidades mais frequentes centravam-se na mobilidade, no equilíbrio, na prevenção de quedas, na gestão da dependência funcional e na promoção de uma transição segura,

reforçando a pertinência do projeto direcionado para o equilíbrio corporal. Este campo de estágio dispõe de diversos recursos para a reabilitação, incluindo pedaleira estática e dinâmica, pesos, bolas, bandas elásticas, espelho quadriculado, andarilhos, canadianas, entre outros equipamentos de apoio.

O enfermeiro orientador para além de funções de enfermeiro de reabilitação, fazia a gestão do serviço, assistia a várias reuniões de serviço, era gestor do risco do serviço, participava no NEER e no projeto do “sarcorrecuperar”, em que a sarcopenia, é decorrente da perda progressiva de força e massa muscular (Batista e Carnide, 2025).

Nesse projeto tinha um papel ativo nas consultas de reabilitação, que ocorrem em três momentos distintos, o inicial, ao fim de três meses e o final, ao fim de 6 meses. Realizava a avaliação funcional, a prescrição de exercício terapêutico, ensinamentos para a prevenção de quedas e a promoção da segurança no domicílio, com instrumentos como a Short Physical Performance Battery, a Escala de Morse, o Índice de Barthel, entre outras, seguida de ensino e instrução de exercícios, apoio educativo e articulação com enfermeiros especialistas da comunidade.

Deste modo, este contexto clínico, marcado por pessoas com compromisso funcional, de equilíbrio, alterações neurológicas e necessidades de reabilitação, sustentou a pertinência da intervenção do EEER, em particular na promoção do equilíbrio corporal, assim como a escolha deste campo de estágio.

1.3 – UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

O terceiro estágio realizou-se numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), na vertente de cuidados domiciliários. Esta é constituída por uma equipa multidisciplinar, integrada por enfermeiros, por médicos, uma psicóloga, uma higienista oral, uma nutricionista, uma técnica de serviço social, e assistentes técnicos. Os profissionais desta UCC encontram-se envolvidos em diferentes projetos e áreas de atuação. Prestam cuidados de saúde à população da sua área geográfica de intervenção, promovendo respostas integradas, articuladas e diferenciadas.

Esta UCC garante a prestação de cuidados no domicílio, incluindo a Enfermagem de Reabilitação. Esta abordagem, promove a acessibilidade e a adesão aos planos terapêuticos, refletindo a necessidade de adaptação à realidade dos utentes.

Deste modo, a participação em visitas domiciliárias possibilitou a implementação de programas de reabilitação individualizados, em que para o desenvolvimento dos mesmos, por vezes, os exercícios são realizados a partir de cargas que os utentes possuem no

domicílio, recorrendo, nomeadamente, a sacos de arroz, garrafas de água, bengalas ou, inclusive a paus da vassoura.

Assim, este estágio permitiu-me compreender melhor o funcionamento da respetiva Unidade, a importância e o contributo da ER na comunidade.

Por sua vez, a EEER está envolvida no projeto “Sarcorrecuperar”, o que foi uma oportunidade de dar continuidade ao projeto iniciado no Hospital. Esta experiência reforçou a importância da reabilitação em contexto domiciliário, com a proximidade dos utentes e das suas famílias, a promoção da saúde, a maximização da sua funcionalidade, e a continuidade dos cuidados no domicílio.

1.4 – CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

A unidade local de saúde (ULS) tem como missão a prestação integrada de cuidados de saúde primários e hospitalares à população da sua área de influência direta e indireta.

De acordo com os dados de recenseamento da população, em 2021, a população residente da área geográfica de influência direta era de 244.732 residentes, distribuídos por aproximadamente 891 km².

A população dos concelhos da ULS é ligeiramente mais jovem do que a média nacional, apresentando índices de envelhecimento globalmente inferiores. Os três concelhos apresentam índices de envelhecimento ligeiramente abaixo dos valores nacionais concelhos. Ainda assim, um dos concelhos evidencia um peso mais elevado da população com 75 ou mais anos, refletindo maior longevidade e menor renovação geracional. Estas características demográficas, associadas a níveis distintos de dependência, têm impacto direto no perfil funcional da população, tornando particularmente relevante a avaliação do equilíbrio corporal e a implementação de intervenções de ER orientadas para a mobilidade, equilíbrio, prevenção de quedas e promoção da autonomia e independência.

Assim, a população efetivamente incluída no projeto é composta por pessoas adultas e idosas, internadas nos serviços de medicina e ortopedia, no período de estágio.

2 – ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Neste capítulo será apresentada a fundamentação teórica e concetual da estratégia de intervenção profissional, permitindo um entendimento mais aprofundado da contextualização da problemática em estudo.

O equilíbrio, enquanto componente essencial da funcionalidade humana, pode ser entendido como um processo complexo de controlo postural que permite obter e manter a estabilidade corporal (Patti et al., 2023). Quando este se encontra comprometido, a enfermagem de reabilitação assume um papel fundamental na promoção da recuperação funcional e na maximização da autonomia da pessoa (Regulamento n.º 392/2019). Neste contexto, o presente capítulo tem como objetivo analisar a pessoa com equilíbrio corporal comprometido, bem como as intervenções de enfermagem de reabilitação, enquadrando-as nos modelos teóricos de enfermagem.

2.1 – A PESSOA COM EQUILÍBRIO CORPORAL COMPROMETIDO

O envelhecimento populacional embora se manifeste de forma mais acentuada nuns países do que noutros, é uma realidade global. Constitui um fenómeno global que tem vindo a intensificar-se nas últimas décadas, assumindo particular relevância nos países europeus, incluindo Portugal. O aumento da esperança média de vida e a diminuição das taxas de natalidade têm contribuído para uma alteração significativa na estrutura demográfica, resultando numa proporção crescente de pessoas idosas e, consequentemente, em novos desafios para os sistemas de saúde e para a sociedade em geral (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2025)

Em Portugal, o envelhecimento populacional resulta da conjugação de uma redução progressiva da mortalidade, associada ao aumento da esperança média de vida, e da manutenção de níveis baixos de fecundidade, fenómenos que refletem também o desenvolvimento das condições de vida e dos cuidados de saúde (INSA), 2024). Segundo projeções nacionais, prevê-se que, em 2030, os idosos representem cerca de 26% da população e que, em 2060, essa proporção aumente para aproximadamente 29% (PORDATA, 2024).

Embora a pessoa seja considerada idosa quando atinge 65 anos de idade (DGS, 2022), critério alinhado com as recomendações internacionais da OMS, sabemos que, à medida que

a idade avança, a pessoa corre maiores riscos, porque esta fase é rica em transformações a nível físico, psíquico e social.

A pessoa é compreendida como um ser humano único, possui valores e crenças, e é dotada de dignidade e capacidade de autodeterminação, que interage continuamente com o ambiente e participa ativamente no seu processo de saúde. É constituído por dimensões física, psicológica, social e espiritual, cuja singularidade exige a prestação de cuidados individualizados e centrados nas necessidades e potencialidades de cada um. Nesta perspetiva, a pessoa é reconhecida como um agente ativo no processo de saúde, com capacidade para participar na tomada de decisões e exercer autonomia, ainda que essa capacidade possa variar ao longo do ciclo vital (Teixeira et al., 2020).

Com o envelhecimento, ocorrem alterações celulares que causam um declínio geral da homeostase celular, condicionando uma menor capacidade de respostas fisiológicas e maior vulnerabilidade da pessoa, com destaque para as mudanças relacionadas com o controle postural e os cuidados necessários a fim de evitar quedas (Prusch et al., 2021).

O processo de envelhecimento é acompanhado por alterações fisiológicas, neuromusculares e sensoriais que afetam diretamente a capacidade funcional da pessoa, com especial impacto no equilíbrio postural. A perda de equilíbrio constitui um dos fatores mais críticos

os associados ao envelhecimento, uma vez que aumenta a dependência nas atividades de vida diária e eleva o risco de quedas, fraturas e outras complicações secundárias (Aflalo et al., 2026).

A pessoa com mais idade, apresenta maior risco de alterações no sistema musculoesquelético, causadas por processos de osteoartrose ou eventos traumáticos, por vezes, com necessidade de intervenção cirúrgica para a sua resolução (Lourenço et al., 2021). Por outro lado, com o avançar da idade, a pessoa necessitará de cuidados de saúde diferenciados, resultante de situações agudas, agravamento da multimorbilidade ou associadas a processos degenerativos, que podem implicar tratamento ou correção cirúrgica, com necessidade da pessoa ficar hospitalizada.

Por outro lado, o envelhecimento associado ao sedentarismo, potencia alterações morfológicas, bioquímicas, psicológicas e funcionais do organismo, que acabam por condicionar a instabilidade postural do indivíduo. A redução do equilíbrio pode interferir na mobilidade funcional, levando a uma maior predisposição para quedas, fraturas e medo de voltar a cair (Teixeira, 2020).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) define o equilíbrio “como a segurança do corpo e coordenação dos músculos, ossos e articulações para

movimentar-se, pôr-se de pé, sentar-se ou deitar-se” (Conselho Internacional de Enfermeiros [CIE], 2019).

Deste modo, o equilíbrio corporal, também designado equilíbrio postural, é a capacidade do corpo de manter, alcançar ou restaurar um estado de estabilidade em qualquer postura ou durante o movimento. Este processo depende da integração dinâmica dos sistemas visual, vestibular e somatossensorial, e do sistema motor, coordenados pelo sistema nervoso central, de modo a controlar o centro de massa em relação à base de apoio, garantindo orientação e estabilidade postural (Patti et al., 2023). Os sistemas conduzem informações específicas via aferente ao sistema nervoso central, que tem como função organizar as informações recebidas e coordena as respostas motoras necessárias para manter o equilíbrio corporal.

O sistema somatossensorial é responsável por fornecer informações precisas sobre a posição e o movimento das diferentes partes do corpo no espaço, por meio de recetores localizados nos músculos, tendões, articulações e pele. Esses recetores detetam variações de tensão, alongamento e pressão, enviando sinais propriocetivos, que os utiliza para ajustar continuamente a postura (Liu et al., 2023). Quando a propriocepção é afetada, tende a aumentar a dependência das informações visuais e vestibulares para manter a postura estável.

Assim, podemos afirmar que o equilíbrio corporal permite manter a postura sem grandes oscilações ou mantê-la durante o desempenho de uma atividade motora, que ocorre através da interação do sistema sensorial, músculo esquelético e sistema nervoso central.

Por outro lado, o equilíbrio pode ser classificado como estático ou dinâmico, na posição de sentado ou em pé. Entende-se por equilíbrio estático sentado a capacidade de manter a simetria corporal quando sentado, por sua vez, o equilíbrio estático em ortostatismo é a capacidade de manter a estabilidade em pé. O equilíbrio dinâmico é quando existe manutenção da posição vertical, quando o centro de gravidade e a base de sustentação estão em movimento (Garcia et al., 2021).

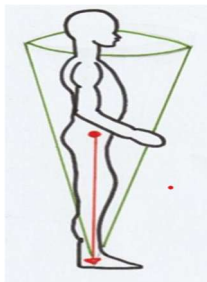
De facto, o equilíbrio é necessário para a realização de todas as capacidades funcionais e como tal, é importante conhecer a sua fisiologia (Januário & Amaral, 2010). Existe uma área em que o individuo se pode mover, sem alterar a sua base de suporte e manter o equilíbrio, que representa o limite da estabilidade (Januário & Amaral, 2010; Rodrigues, 2023). Assim, o equilíbrio não é uma posição, mas um espaço, a que denominam de cone de estabilidade. Ou seja, o cone da estabilidade descreve a área dentro da qual o centro de gravidade se pode deslocar, sem que ocorra uma perda de equilíbrio (Rodrigues, 2023).

A autora refere ainda que, este cone varia de acordo com a base de suporte e a altura do centro de gravidade. Em pessoas com alterações no equilíbrio, como idosos ou com doenças

neurológicas, o cone da estabilidade pode ser reduzido, aumentando o risco de quedas (Rodrigues, 2023).

Partindo da posição vertical, a pessoa pode inclinar-se para a direção anterior e laterais 8° e 4° na direção posterior, sem perder a estabilidade (Rodrigues, 2023; Januário & Amaral 2010). Pode-se dizer que o corpo atinge o equilíbrio mecânico quando o somatório de todas as forças sobre ele é zero (Januário & Amaral, 2010).

Figura 1 - Representação da figura humana dentro do cone de estabilidade.



Fonte: Rodrigues, (2023)

Quando a capacidade do controlo do equilíbrio se encontra diminuída, pode comprometê-lo, provocando instabilidade e quedas. Dessa maneira, é de extrema importância avaliar o equilíbrio corporal das pessoas, pois uma vez identificado o défice, medidas preventivas poderão ser tomadas o mais precocemente possível, evitando assim o risco de quedas (Oliveira, 2021).

A pessoa que apresente equilíbrio corporal e a capacidade de realizar o autocuidado comprometidos, a Enfermagem de Reabilitação vai desempenhar um papel fundamental, compensando a sua incapacidade e dando o apoio necessário à mesma. Nestas situações o EEER utiliza o sistema totalmente compensatório, substituindo a pessoa no autocuidado. Para além disso, promove a independência, a segurança e o bem-estar da pessoa (Orem, 2001; Ribeiro et al., 2021).

A reabilitação permite assim, ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas e maximiza o seu potencial funcional e independência (Regulamento n.º 392/2019).

O equilíbrio corporal pode encontrar-se alterado não só pelas alterações fisiológicas do envelhecimento, mas também pela interação existente entre o ambiente hospitalar desconhecido e pela situação de doença (Alcobia et al., 2019).

A hospitalização é definida como um modelo de assistência que proporciona cuidados de saúde de nível diferenciado, sendo tradicionalmente caracterizada pela admissão formal num hospital para diagnóstico ou tratamento com permanência superior a 24 horas. Este processo implica a ocupação de um leito hospitalar e a prestação de assistência integral, curativa ou preventiva, sob supervisão médica e de enfermagem.

Contudo, a hospitalização pode reduzir a mobilidade das pessoas devido a barreiras ambientais e organizacionais, como a falta de apoio físico, tempo limitado da equipa e mobiliário inadequado. Essas condições podem levar à permanência na cama, aumentando o risco de comprometimento do controlo postural. Podem ainda afetar a confiança e sensação de segurança, pelo medo de cair e pela falta de incentivo, o que pode comprometer a capacidade de movimentação e, consequentemente, a estabilidade postural, (Storm Piper et al., 2024; Herzog et al. 2023).

Em pessoas hospitalizadas, o equilíbrio corporal é um componente essencial da funcionalidade e independência, sendo frequentemente comprometido por imobilidade, fraqueza muscular e alterações sensoriais. Manter o equilíbrio postural é fundamental para prevenir quedas e promover a recuperação funcional (Herzog et al., 2023).

Deste modo, no contexto hospitalar, o compromisso do equilíbrio corporal assume particular relevância pelas suas repercussões na mobilidade, nas transferências, na marcha, na segurança e na autonomia da pessoa, podendo agravar a dependência funcional e aumentar o risco de queda. A evidência científica demonstra que alterações no controlo postural e na mobilidade estão significativamente associadas a um maior risco de quedas em pessoas hospitalizadas, constituindo um importante problema de segurança e qualidade dos cuidados (Lima et al., 2021)

A queda é um evento, um episódio, e por sua vez, o cair será a descida do corpo de um nível superior para um nível inferior, devido ao desequilíbrio, ou seja, é um deslocamento não intencional, com perda de equilíbrio corporal, com uma mudança de posição da pessoa para um nível mais baixo em relação à sua posição inicial (CIE, 2019). As quedas têm possíveis consequências graves para a pessoa e um impacto económico significativo nas instituições de saúde (Oliveira et al., 2023). Estas representam a principal causa de morte acidental em indivíduos com mais de 65 anos, são responsáveis por 40% dos óbitos por acidente nesta faixa etária e constitui a quinta causa de morte global, sublinhando a vulnerabilidade deste grupo durante o internamento (Baptista & Carnide, 2025).

Em contexto hospitalar, as quedas são reconhecidas como um desafio de segurança, sendo importante que os profissionais de saúde possuam conhecimento atualizado sobre os seus riscos e fatores associados (Lima et al., 2021). A DGS (2019) elaborou uma norma no sentido de prevenir a queda nas pessoas adultas/ idosas hospitalizadas, e define medidas de prevenção e intervenção a serem implementadas pelos profissionais de saúde.

De acordo com vários autores, os exercícios de equilíbrio são uma intervenção que proporciona efeitos benéficos nas pessoas, atuando diretamente na prevenção de quedas, promovendo melhoras significativas nos aspetos de flexibilidade, equilíbrio, aumento da resistência muscular e funcionalidade, e consequentemente, diminui o risco de quedas e

melhora a qualidade de vida das mesmas (Batista & Livramento, 2023; Rocha et al., 2020; Limão & Martins, 2021).

A mobilização precoce é fundamental para prevenir o declínio do equilíbrio durante a hospitalização. Programas de reabilitação que estimulam exercícios de força, equilíbrio e marcha são eficazes na manutenção da funcionalidade e na redução de complicações (Van de Griendt et al., 2022; Storm Piper et al., 2024).

2.2 – CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM ALTERAÇÕES NO EQUILÍBRIO

O projeto de intervenção foi orientado de acordo com as etapas do processo de enfermagem, começando pela avaliação diagnóstica da pessoa, seguindo para o planeamento de intervenções de reabilitação com a pessoa, intervenções, e por fim a avaliação dos resultados obtidos (Lourenço et al., 2021). Manter a singularidade e a necessidade de ser um plano personalizado e elaborado com a pessoa.

Assim, como foco principal temos o equilíbrio corporal e diagnóstico de enfermagem: Equilíbrio corporal comprometido. Teve ainda como guia as diretivas que estão estabelecidas pela Mesa do Colégio de Especialidades de Enfermagem de Reabilitação sob a forma de Padrão Documental dos Cuidados de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.

No caso da pessoa com alterações no equilíbrio, a operacionalização do processo de enfermagem implica a avaliação sistemática do equilíbrio corporal, da mobilidade, da força muscular, do risco de queda e do impacto funcional das alterações identificadas. Seguida do planeamento e implementação de intervenções dirigidas ao treino motor, à prevenção de quedas, à capacitação da pessoa e à monitorização dos ganhos obtidos.

Assim, o plano de intervenção teve por base a promoção do equilíbrio corporal, abordando como foco principal o equilíbrio corporal, incluindo as respetivas dimensões do conhecimento e aprendizagem de capacidades. Também se inclui os focos movimento muscular e quedas. Avalia-se o equilíbrio através da escala de Berg, o pôr-se de pé, a transferências e a marcha. É ainda avaliado a força muscular, o desempenho nas AVD's e o risco de queda através das escalas de Medical Research Council Muscle Scale - A escala MRC, do Índice de Barthel e Escala de Quedas de Morse, respetivamente

A seleção das intervenções de Enfermagem de Reabilitação foi orientada pelos défices identificados na avaliação inicial, nomeadamente alterações do equilíbrio estático e dinâmico, limitações da mobilidade, risco acrescido de queda, défices de força muscular e compromisso funcional. Deste modo, os cuidados planeados foram ajustados às necessidades específicas

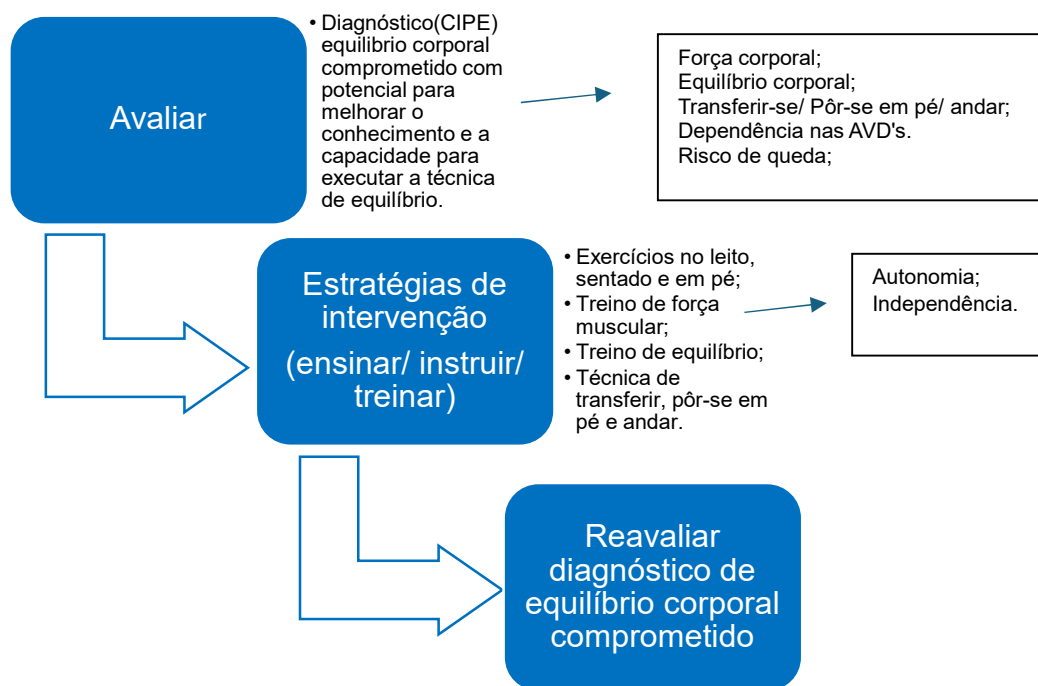
de cada pessoa e orientados para objetivos concretos de segurança, funcionalidade e autonomia.

Como resultados esperados pretendemos que:

O equilíbrio estático e dinâmico melhorado, a consciencialização entre o equilíbrio comprometido e o risco de quedas melhorada, o conhecimento sobre os exercícios para treino de equilíbrio melhorado, assim como, a capacidade para treinar o equilíbrio melhorada (Lourenço et al., 2021).

Iremos mostrar um fluxograma do programa de reabilitação à pessoa com o equilíbrio corporal comprometido, seguido de uma tabela onde mostra o planeamento de intervenções do EEER para os focos movimento muscular, equilíbrio corporal e quedas.

Figura 2 – Fluxograma do programa de Reabilitação a pessoas com o equilíbrio corporal comprometido



Fonte: Elaboração pela própria

Tabela 2: Planeamento de intervenções do EEER para os focos movimento muscular, equilíbrio corporal e quedas.

Foco: Movimento muscular		
Diagnóstico	Intervenção de ER	Indicadores/ resultados esperados
Movimento muscular diminuído Dimensão: Ação	- Monitorizar a força muscular através da escala <i>Medical Research Council</i> (MRC); - Incentivar a pessoa a executar exercícios musculares e articulares ativos;	- Ganhos na melhoria do movimento muscular;

	- Providenciar dispositivos para otimizar mobilizações (pesos, elásticos, pedaleira); - Executar técnicas de exercício muscular e articular (passivos, ativos-assistidos e/ou ativos-resistidos, exercícios isométricos e isotónicos). - Fortalecimento muscular dos membros superiores e inferiores com: resistência manual, push up, carga dos membros .	- Movimento muscular melhorado e/ ou manter força muscular; - Prevenir perda de mobilidade e tónus muscular;
Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de exercício muscular e articular Dimensão: Conhecimento	- Avaliar conhecimento sobre exercício muscular e articular; - Ensinar sobre exercício muscular e articular; - Avaliar o conhecimento sobre prevenção de complicações; - Ensinar sobre complicações da doença e sinais de alerta, entrega de material informativo.	- Ganhos em conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular; - Consciencialização da relação entre exercícios e mobilidade; - Conhecimento sobre exercício muscular e articular melhorado.
Potencial para melhorar capacidade para usar técnica exercício muscular e articular Dimensão: Aprendizagem de capacidades	- Avaliar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular; - Avaliar o potencial para melhorar a capacidade para a técnica de exercício muscular e articular; - Melhorar a capacidade para realizar exercícios musculares e articulares.	- Ganhos em capacidade para usar técnica de exercício muscular e articular; - Capacidade para executar exercícios para treino de equilíbrio melhorada
Foco: Equilíbrio corporal		
Equilíbrio corporal comprometido Dimensão: Ação	Avaliar equilíbrio corporal (estático/ dinâmico/ sentado/ em pé) com a pessoa; - Monitorizar equilíbrio corporal (escala de Berg); - Estimular a manter o equilíbrio corporal (correção da postura); - Executar treino de equilíbrio e atividades de vida diária; - Monitorizar equilíbrio corporal e funcionalidade, através de escala; - Orientar, assistir e incentivar treino de equilíbrio estático e dinâmico; - Aplicar estratégias de correção postural (colocar-se junto do lado oposto ao desequilíbrio, utilizar estímulos tácteis toque com dois dedos no ombro homolateral ao desequilíbrio); - Realização de exercícios no leito (ponte e rolamento, se não houver contra-indicação);	- Indicador: taxa de resolução de equilíbrio corporal comprometido; - Equilíbrio estático e dinâmico melhorado; - Postura corporal melhorada; - Maximização da independência
Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal Dimensão: Conhecimento	- Avaliar conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal (correção postural, equilíbrio estático e dinâmico); - Avaliar o potencial para melhorar conhecimentos sobre técnica de treino de equilíbrio; - Ensinar sobre equilíbrio corporal;	- Ganhos em conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal; - Consciencialização da relação entre exercícios de controlo postural e equilíbrio melhorado;

	- Analisar com a pessoa a relação entre exercícios de controlo postural e equilíbrio melhorado; - Analisar com a pessoa relação entre equilíbrio comprometido e risco de cair.	- Consciencialização da relação entre equilíbrio comprometido e risco de cair; - Conhecimento sobre exercícios para treino de equilíbrio melhorado
Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal Dimensão: Aprendizagem de capacidades	- Avaliar capacidade para executar treino de equilíbrio corpora (correção postural, oscilação de tronco); - Avaliar o potencial para melhorar capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal; - Instruir e treinar sobre técnica de equilíbrio corporal e correção postural; - Treino de equilíbrio estático sentado e de equilíbrio dinâmico sentado: carga no cotovelo e facilitação cruzada, correção postural e oscilação do tronco (pode-se recorrer ao uso do espelho); - Treino de equilíbrio ortostático (pé): levantar e sentar, inicialmente com apoio de mãos e posteriormente sem apoio de mãos, agachamentos com correção postural, alternância unipodal (se não for contraindicado), - Treino de equilíbrio ortostático dinâmico com apoio unilateral ou bilateral e/ ou auxiliar de marcha (andarilho ou canadianas), contorno de obstáculos, subir e descer escadas.	- Ganhos em capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal; - Capacidade para executar exercícios para treino de equilíbrio melhorada.
Foco: queda		
Risco de queda	- Monitorização do risco de queda utilizando a escala de Morse; - Ensinar para a consciencialização da relação entre equilíbrio comprometido e risco de cair; - Auxiliar na deambulação/ supervisão; - Retirar do ambiente objetos que possam oferecer risco para a pessoa; - Orientar a pessoa quanto aos riscos e prevenção de quedas; - Incentivar para calçado adequado e ambiente seguro; - Orientar a pessoa/ cuidador para medidas de segurança no domicílio. - Entrega de folhetos sobre como prevenir quedas no Hospital e domicílio.	Indicador: Taxa de quedas - Consciencialização da relação entre equilíbrio comprometido e o risco de queda melhorado; - Consciencialização das suas capacidades/ limitações.

Fonte: Adaptado de Lourenço et al., (2021), e com base no padrão documental dos cuidados EEER (Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2015) e padrões de qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Além destes, foram abordados outros focos no plano de intervenção, em que a pessoa tinha como diagnóstico o equilíbrio comprometido, de acordo com as particularidades de cada uma (ver apêndices).

A implementação destes cuidados pressupõe reavaliação sistemática dos resultados obtidos, nomeadamente ao nível do equilíbrio corporal, do risco de queda, da mobilidade e da independência funcional. A monitorização destes ganhos permite analisar o contributo das intervenções de Enfermagem de Reabilitação e ajustar o plano terapêutico em função da evolução da pessoa.

Seguidamente iremos ver a aplicação das teorias do défice de autocuidado de Dorothea Orem e de transição de Afaf Meleis, na reabilitação da pessoa com equilíbrio corporal comprometido. A seleção dos referenciais teóricos de Dorothea Orem e Afaf Meleis decorre da sua utilidade para sustentar a compreensão da problemática em estudo e orientar a intervenção de Enfermagem de Reabilitação. Orem oferece um enquadramento centrado no défice de autocuidado, na dependência funcional e na promoção progressiva da autonomia, por sua vez, Meleis permite compreender os processos de transição vividos pela pessoa hospitalizada perante o compromisso do equilíbrio, a recuperação funcional e a preparação para a alta.

2.3 – REFERENCIAL TEÓRICO DE DOROTHEA OREM

O Modelo de Autocuidado de Dorothea Orem surge como um dos referenciais teóricos, uma vez que realça a capacidade da pessoa em cuidar de si próprio (autocuidado) e o papel do enfermeiro em apoiar, educar e capacitar essa autonomia. A autonomia refere-se à capacidade da pessoa para gerir a sua própria vida e tomar decisões de forma livre e consciente (Sousa et al., 2020).

Por seu turno, a independência refere-se à capacidade física da pessoa para realizar os autocuidados e as atividades de vida diária, sem depender de outras pessoas (Lima et al., 2022). O enfermeiro, utiliza os conhecimentos para capacitar a pessoa para a tomada de decisão, procurando deste modo, maximizar a sua autonomia, assim como, a aprendizagem de capacidades, tornando a pessoa mais independente nas atividades de vida diária (Sousa et al., 2020).

A aplicação deste modelo em enfermagem permite estruturar intervenções centradas na pessoa, favorecendo a recuperação e a reintegração funcional.

A teoria de Orem articula-se com os metaparadigmas e os domínios da reabilitação, reforçando a identidade científica e a coerência da prática profissional.

Orem (2001) integra na sua teoria os quatro metaparadigmas de enfermagem — pessoa, saúde, enfermagem e ambiente, que definem a disciplina e orientam a prática profissional.

Pessoa é conceptualizada como um ser humano único e complexo, com características psíquicas, físicas e intelectuais integradas, cujo desenvolvimento progressivo permite-lhe satisfazer as suas necessidades de autocuidado (Santos et al., 2022);

Ambiente - corresponde ao conjunto de fatores internos e externos que influenciam o autocuidado. O enfermeiro atua também sobre o ambiente físico e social, adaptando-o às necessidades funcionais da pessoa (Teixeira et al., 2023);

Saúde - é entendida como o estado de integridade e funcionalidade do ser humano. A saúde não é apenas ausência de doença, mas equilíbrio entre capacidades e limitações (Orem, 2001).

Enfermagem - é uma ação deliberada que visa suprir ou compensar défices de autocuidado, educando e capacitando o indivíduo para recuperar ou manter a autonomia (Orem, 2001).

Orem desenvolveu a sua Teoria do Défice de Autocuidado, integrada no seu modelo conceptual de enfermagem, que se estrutura em três subteorias interligadas (Orem 2001; Ribeiro et al., 2021):

- Teoria do Autocuidado – define o autocuidado como as atividades que o indivíduo realiza para manter a vida, a saúde e o bem-estar;

- Teoria do Défice de Autocuidado – ocorre quando a pessoa não consegue satisfazer, por si só, os seus requisitos de autocuidado. No equilíbrio, existe uma incapacidade parcial/total de manter a postura corporal em segurança. É neste momento que a enfermagem se torna necessária na prevenção de quedas, nos posicionamentos e na assistência no autocuidado. Segundo a teoria existe uma compensação temporária até à autonomia.

Teoria dos Sistemas de Enfermagem – descreve a atuação do enfermeiro conforme o nível de dependência da pessoa:

- Sistema totalmente compensatório - o enfermeiro realiza o cuidado à pessoa com o equilíbrio muito comprometido;

- Sistema parcialmente compensatório - o enfermeiro e a pessoa partilham as ações, ocorre instrução e treino de equilíbrio, de marcha e autocuidados;

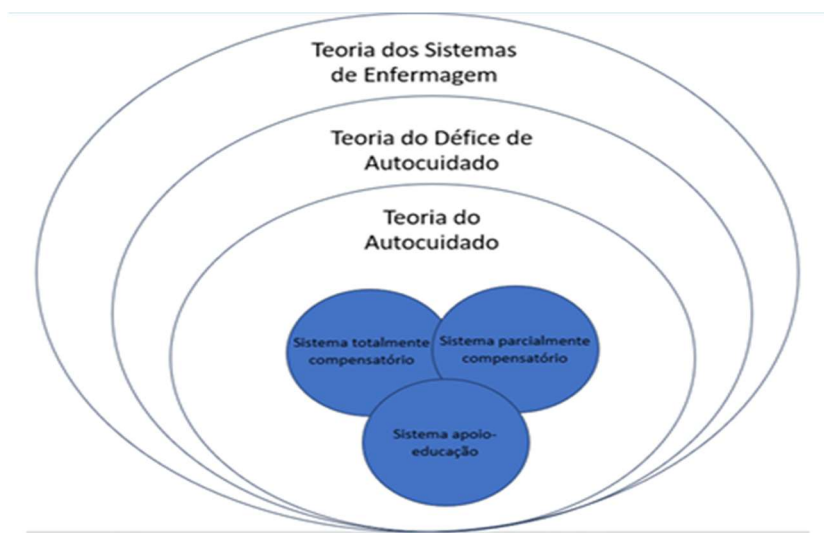
- Sistema de apoio e educação - o enfermeiro orienta e ensina a pessoa com equilíbrio melhorado e menor risco de queda, promovendo a autonomia e independência, com recurso a estratégias adaptativas e uma autogestão segura para o regresso a casa.

Este modelo fornece uma visão organizada do processo de enfermagem, centrada na promoção da capacidade de autocuidado e na adaptação funcional, pilares fundamentais da reabilitação (Ribeiro et al., 2021). O enfermeiro atua não apenas para compensar limitações, mas para potenciar a participação ativa da pessoa no seu processo de recuperação, promover o equilíbrio corporal, a autonomia funcional e a sua independência.

A aplicação do modelo de Orem na Enfermagem de Reabilitação permite operacionalizar o cuidado de forma sistematizada, através do processo de enfermagem baseado nas necessidades de autocuidado.

O modelo de Orem representa assim, um pilar fundamental da Enfermagem de Reabilitação, onde a sua aplicação permite estruturar cuidados centrados na pessoa, orientados para a autonomia e a funcionalidade. A teoria do défice de autocuidado oferece um referencial teórico e prático que apoia o enfermeiro na avaliação, planeamento e implementação de intervenções eficazes. Existe uma autonomia profissional do enfermeiro de reabilitação, uma vez que a sua intervenção é fundamentada em objetivos mensuráveis, baseados em diagnósticos de enfermagem.

Figura 3 - Referencial teórico de Dorothea Orem



Fonte: Adaptado de Wills , 2016 por Ribeiro et al., 2021.

Neste relatório, o modelo de Orem constitui um referencial útil para compreender a relação entre compromisso funcional, défice de autocuidado e intervenção de enfermagem, orientando a avaliação das necessidades, o planeamento dos cuidados e a promoção progressiva da autonomia da pessoa, tanto durante o internamento como na preparação da transição para o domicílio.

A aplicação prática do modelo favorece ainda a continuidade de cuidados, permitindo que as intervenções de reabilitação à pessoa com equilíbrio corporal comprometido iniciadas no hospital sejam mantidas em contexto domiciliário. Esta lógica de continuidade e adaptação progressiva ao novo estado de saúde articula-se diretamente com a Teoria das Transições de Meleis.

2.4 - REFERENCIAL TEÓRICO DE AFAF MELEIS

Na Teoria das Transições de Afaf Meleis, a transição constitui um dos conceitos centrais, cujo caracteriza-se pela passagem ou movimento de uma fase, condição ou estado da vida para outro, causado por um agente de mudança (Meleis et al., 2012; Ribeiro et al., 2021).

Meleis (2010) refere que as transições podem ser de quatro tipos, cada um com implicações distintas para a prática de enfermagem de reabilitação:

- Transições saúde-doença, relacionadas com alterações no estado de saúde (alteração do estado funcional e de autonomia por equilíbrio comprometido);
- Transições desenvolvimento, associadas às diferentes etapas da vida (neste caso, o envelhecimento);
- Transições situacionais, ligadas a eventos específicos (a hospitalização configura uma transição situacional, onde existe uma mudança de contexto de vida);
- Transições organizacionais, que envolvem mudanças nos sistemas ou estruturas de cuidados (Gouveia et al., 2025).

No presente relatório, assumem particular relevância as transições saúde-doença e situacionais, uma vez que a hospitalização, o compromisso do equilíbrio corporal e a preparação para a alta implicam mudanças significativas na funcionalidade, no autocuidado, na segurança e na adaptação da pessoa ao seu novo estado de saúde.

Por sua vez, possuem diversas propriedades, frequentemente interrelacionadas: A consciencialização, o envolvimento, a mudança e diferença, o espaço e tempo, e os pontos críticos e eventos (Ribeiro et al., 2021). O enfermeiro deve ainda ter em conta, os fatores facilitadores e inibidores da transição, onde se incluem condições pessoais, comunitárias e sociais.

No que concerne à pessoa hospitalizada com equilíbrio comprometido:

- Condições inibidoras típicas: idade avançada, baixa literacia em saúde, comorbilidades, baixo rendimento, ambiente hospitalar pouco adaptado, ausência de vigilância sistemática do risco de queda e de plano de alta estruturado;
- Condições facilitadoras: apoio familiar, equipa multidisciplinar articulada, educação para a segurança na mobilidade, treino de equilíbrio e marcha, adequação do ambiente físico e planeamento de alta com continuidade de cuidados (hospital–comunidade).

Cada pessoa tem características específicas, é única, e por isso, mesmo em circunstâncias semelhantes as transições não são vividas da mesma forma. Estas diferenças podem ser monitorizadas através de indicadores de processo e de resultado (Ribeiro et al., 2021). Deste modo temos:

- Indicadores de processo: avaliam como a pessoa responde à transição (sentir-se ligado, interagir, estar situado, a desenvolver confiança, *Coping*);

- Indicadores de resultado: manifestações observáveis que refletem o sucesso da transição (mestria e reformulação de nova identidade).

Assim, as terapêuticas de enfermagem consistem nas ações que os enfermeiros implementam durante as transições, sendo que os padrões de resposta resultam dessas transições (Ribeiro et al., 2021).

Para Meleis, uma transição saudável evidencia um maior envolvimento da pessoa no seu cuidado, adaptação de papéis, sentido de domínio e bem-estar.

No contexto da pessoa hospitalizada com equilíbrio corporal comprometido, os indicadores de processo podem traduzir-se na consciencialização das limitações e potencialidades, no envolvimento da pessoa no programa de reabilitação, no desenvolvimento de confiança para mobilização segura e na adoção progressiva de estratégias adaptativas. Por outro lado, os indicadores de resultado podem refletir-se em maior mestria na gestão da mobilidade, melhor adaptação à nova condição funcional, aumento da segurança e maior autonomia na transição para o domicílio. Neste processo, as intervenções do EEER assumem um papel facilitador de uma transição mais saudável.

A hospitalização, quer para intervenção cirúrgica ortopédica, quer por motivos de doença, contribui para um momento de transição na pessoa perante a situação de saúde-doença, com mudanças do foro físico, emocional ou social. Por sua vez, na transição do hospital para casa, o enfermeiro facilita a transição saudável e reduz riscos, promove a capacidade de realizar o autocuidado, a recuperação do equilíbrio corporal e a confiança funcional em segurança.

Segundo Meleis (2010) no contexto da hospitalização, a pessoa com equilíbrio corporal comprometido passa por vários processos de transição, como a admissão, transição para cuidados de reabilitação, com limitações temporárias ou permanentes impostas pela condição e a alta. Os fenómenos de transição são múltiplos e diversos e iniciam-se assim que o evento ou mudança é antecipado (Gouveia et al., 2025).

Quando a pessoa gere a adaptação à nova situação, ocorre uma transição consciente e saudável, adquirindo competências para lidar com a nova condição, como a capacidade de selecionar e usar estratégias adaptativas (Silva et al., 2019). O comprometimento do equilíbrio configura-se como um conjunto de modificações, exigindo um processo contínuo de adaptação e ajuste da pessoa e do seu contexto familiar.

À luz de Meleis, o enfermeiro deve avaliar sistematicamente a experiência de transição (perceções, significados, expectativas, medo de cair) e não apenas o défice físico de equilíbrio, planeando intervenções que integrem dimensões físicas, emocionais e sociais.

Neste relatório, a Teoria das Transições de Meleis constitui um referencial útil para compreender a forma como a pessoa hospitalizada e a família experienciam as mudanças associadas ao compromisso do equilíbrio, à dependência funcional e à preparação para o

regresso a casa, orientando a intervenção do EEER na facilitação de uma transição mais segura, participada e ajustada às necessidades identificadas.

Figura 4 - Referencial teórico de Afaf Meleis



Fonte: Adaptado de Wills , 2016 por Ribeiro et al., 2021.

Deste modo, concluímos que, Orem contribui para transformar a reabilitação num processo ativo, participativo e educativo, onde o enfermeiro atua como facilitador do autocuidado. A sua relevância mantém-se atual, sustentando práticas de enfermagem mais humanas, reflexivas e baseadas em evidência científica. Promove-se a recuperação das capacidades perdidas, nomeadamente o equilíbrio corporal e favorece a reconquista da sua autonomia e independência funcional.

Por seu turno, Meleis, ao reconhecer as propriedades das transições, permite que o Enfermeiro especialista compreenda a sua natureza e atue como facilitador no período de mudança, planeando intervenções direcionadas com a pessoa com equilíbrio comprometido e a família, para que se sintam empoderados a responder com maestria aos novos desafios.

3 – IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

A implementação do projeto exigiu a definição de um percurso metodológico coerente com os objetivos propostos e com o contexto de ensino clínico em que decorreram. Neste capítulo apresentam-se o desenho do estudo, a população-alvo, os critérios de inclusão, os procedimentos de colheita e tratamento de dados e as considerações éticas subjacentes ao desenvolvimento do projeto.

3.1 – METODOLOGIA

A metodologia define o conjunto de procedimentos sistemáticos que orientam o percurso investigativo, permitindo a construção do conhecimento de forma rigorosa e fundamentada (Vilelas, 2017).

O presente estudo adotou uma metodologia de estudo observacional, do tipo estudos de caso. Segundo Vilelas (2017), é indicado para a análise de uma realidade específica, em que se pretende compreender o fenómeno inserido no seu contexto real, nomeadamente a análise a pessoas hospitalizadas com o equilíbrio corporal comprometido, que receberam cuidados de enfermagem especializados em reabilitação.

Deste modo, trata-se de um estudo que visa analisar os contributos da enfermagem de reabilitação na pessoa com equilíbrio comprometido, proporcionando uma base para sugestões de melhoria das estratégias de reabilitação. A descrição das práticas de enfermagem de reabilitação, dos contextos e dos resultados obtidos permite compreender a realidade de forma contextualizada (Vilelas, 2017).

Pretendeu-se adotar uma abordagem metodológica integrando dados quantitativos, com o uso de escalas (a serem descritas posteriormente). A medição de instrumentos validados permite mensurar e acompanhar a variação dos dados ao longo do tempo, e avaliar os contributos das intervenções de reabilitação. Por sua vez, a compreensão dessas intervenções será aprofundada por meio da observação (Vilelas, 2017), a qual possibilita analisar os comportamentos e as estratégias de reabilitação no contexto real. Além disso, foram observados dados escritos, como registos de enfermagem, entre outros documentos clínicos, que forneceram informações relevantes sobre as diferentes intervenções realizadas junto à pessoa hospitalizada.

3.1.1 – População alvo/ critérios de inclusão

A população define-se como um conjunto de sujeitos que têm particularidades comuns, definidas por um conjunto de critérios e que se encontrem num espaço comum (Fortin et al., 2009; Vilelas, 2017).

Para a identificação da população alvo, recorreu-se a um tipo de amostragem não probabilística, através de uma amostra de conveniência, escolhida intencionalmente, de forma a obter uma amostra com características típicas ou representativas da população a ser estudada (Vilelas, 2017).

Para a implementação do projeto de intervenção definiram-se os seguintes critérios de inclusão na população-alvo:

- Indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos (tendo em conta que o idoso é considerado a pessoa com mais de 65 anos segundo a OMS, considereei pertinente avaliar pessoas com menos idade);
- Internados nos serviços onde realizei os ensinios clínicos e no período compreendido entre setembro de 2025 e janeiro de 2026;
- Apresentar equilíbrio comprometido e sem indicação para repouso no leito;
- Submetidos aos cuidados de enfermagem de reabilitação e que de livre vontade aceitaram fazer parte deste estudo, onde assinaram o respetivo documento (apêndice VIII);

Foram selecionados sete participantes, numa amostra não probabilística.

3.1.2 – Instrumentos de recolha de dados

Para o programa de reabilitação foram definidas duas fases, uma de avaliação e outra de execução. Foi construído um instrumento de recolha de dados (Apêndice IX), onde foram recolhidas variáveis sociodemográficas da amostra (idade, género, escolaridade e agregado familiar), seguido da caracterização clínica (motivo de internamento), e por fim, o resultado dos instrumentos de avaliação utilizados.

Os instrumentos de recolha de dados são ferramentas essenciais utilizadas pelo investigador para aceder ao fenómeno em estudo e obter informação relevante sobre o mesmo (Vilelas, 2017). A utilização dos instrumentos neste estudo foram escalas, permitindo quantificar e demonstrar os resultados obtidos pela intervenção da ER.

Utilizei as seguintes escalas (encontram-se disponível em anexos, juntamente como a explicação da sua aplicação e interpretação dos dados):

- Escala de Equilíbrio de Berg (anexo I) - tem como objetivo, avaliar o equilíbrio funcional estático e dinâmico, e ainda prever o risco de queda, em adultos e idosos. É composto por atividades como o equilíbrio, a coordenação, a capacidade de mudança de decúbito e

avaliação das transferências, como o levantar, sentar, rodar em torno de si mesmo, transferência de carga para a frente e para os lados, apanhar um objeto do chão, entre outras (OE, 2016).

- Escala de Morse (anexo II) - tem como objetivo avaliar o risco de queda (DGS, 2019);
- Índice de Barthel (anexo III) - permite avaliar o nível de independência funcional da pessoa para a realização de dez atividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Apóstolo, 2012);
- Medical Research Council Muscle Scale (MRC) (anexo IV) - pretende avaliar a força muscular. Esta graduação faz-se em relação ao máximo esperado para aquele músculo, através de resistência à mobilização ativa (OE, 2016),
- A Escala de Mini-Mental State Examination (MMSE) (anexo V) é um teste amplamente utilizado para avaliar funções cognitivas (Apóstolo, 2012).

A recolha de dados incluiu informação sociodemográfica, clínica e funcional dos participantes, foi obtida através da consulta do processo clínico, observação direta, exame físico e interação com a pessoa e/ou família significativa. Foram ainda recolhidos dados através dos instrumentos de avaliação referidos anteriormente.

A avaliação dos participantes foi realizada em dois momentos: numa fase inicial, antes do início do programa de reabilitação, e numa fase final, após a implementação das intervenções definidas para cada caso. Entre estes dois momentos decorreu o plano individualizado de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, ajustado às necessidades clínicas e funcionais de cada participante.

3.1.3 — Tratamento, análise e discussão dos resultados

No que respeita ao tratamento dos dados, os resultados obtidos através dos instrumentos de avaliação foram organizados de forma anonimizada, assegurando o anonimato dos participantes. Procedeu-se a uma análise descritiva dos dados sociodemográficos, clínicos e funcionais dos participantes, com recurso a tabelas de sistematização. Nos instrumentos de avaliação aplicados, os resultados da avaliação inicial e final foram comparados, procurando identificar a evolução observada em cada caso e os ganhos sensíveis às intervenções de Enfermagem de Reabilitação.

3.1.4 – Considerações éticas

A Ética segundo Deodato (2016) é uma reflexão filosófica “onde cada um procura os valores e os princípios que fundamentam as suas decisões e os seus atos”, implica reflexão crítica sobre o agir humano (p. 35). A investigação em que envolve pessoas, levanta questões

morais e éticas, uma vez que se pode colocar em causa os direitos e liberdades das mesmas (Vilelas, 2017; Fortin et al., 2009).

O consentimento informado, livre e esclarecido foi sempre apresentado à pessoa e à família/pessoa significativa dos participantes e estes foram informados e esclarecidos acerca do estudo e finalidade, permitindo à mesma, consentir a participação na investigação.

Procedeu-se à confidencialidade e ao anonimato dos intervenientes no estudo, onde foram atribuídos números aos casos estudados e foi recolhida apenas informação objetiva e pertinente para o estudo.

Este projeto foi sujeito a um pedido de parecer à Comissão de Ética e do Encarregado de proteção de dados (AnexoVII).

4 – RESULTADOS DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Após a implementação do programa, é essencial analisar os resultados das intervenções realizadas, de modo a verificar se os objetivos definidos foram efetivamente alcançados.

Neste capítulo apresentam-se os resultados obtidos com a implementação do programa de intervenção de ER, organizados em três níveis: caracterização sociodemográfica e clínica da amostra, evolução dos participantes nos instrumentos de avaliação selecionados e análise interpretativa dos ganhos observados por caso.

Assim, procedeu-se a uma breve caracterização da amostra a nível sociodemográfico e de saúde, e os resultados obtidos através dos instrumentos de avaliação previamente definidos e uma síntese final dos ganhos em função dos objetivos específicos.

Os participantes no projeto de intervenção foram selecionados no decorrer do estágio final. Foram incluídos sete participantes sendo caracterizados por caso 1 até caso 7, de forma a garantir o anonimato dos mesmos.

4.1 – RESULTADO DAS INTERVENÇÕES

A média de idades é de 69,6 anos, onde o participante mais novo tinha 62 anos de idade e o mais velho 80 anos. Dos sete casos, 4 eram do género masculino, 57,1% da amostra e três do género feminino, 42,9% da amostra.

Tabela 3 - Características sociodemográficas e de saúde da amostra do estudo

Participantes	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Caso 7
Idade	73	71	71	64	80	66	62
Género	Feminino	Feminino	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino	Feminino
Estado Civil	Casada	Casada	Casado	Casado	Casado	Casado	Casado
Escolaridade	4º ano	4º ano	4º ano	9º ano	Sem escolaridade	12º ano	4º ano
Mini Mental State Examination	29	29	28	29	23	29	24
Diagnóstico na admissão	Coxartrose	Gonartrose	AVC	AVC	AVC	PAC	AVC
Serviço	Ortopedia	Ortopedia	Medicina	Medicina	Medicina	Medicina	Medicina
N.º total de sessões	4	5	7	5	3	3	4

Legenda: AVC – Acidente Vascular Cerebral, PAC – Pneumonia Adquirida na Comunidade

Fonte: Elaboração pela própria

No grupo analisado, a distribuição etária da amostra é composta por 7 pessoas, verificando-se maior concentração na faixa dos 70–74 anos, que representa 42,9% do total, as faixas 60–64 anos incluem 28,6% dos participantes, já as faixas 65–69 anos e 80–84 anos apresentam menor representação, com 14,3% cada.

Em relação ao estado civil, 100% são casados e vivem no domicílio com o cônjuge.

A análise das habilitações literárias do grupo revela uma predominância clara do 4.º ano de escolaridade, que representa 57,1% dos participantes. Os restantes níveis 9.º ano, 12.º ano e sem escolaridade, surgem cada um com 14,3%, mostrando uma distribuição equilibrada entre estes três grupos minoritários.

Após a aplicação do Mini-Mental State Examination, os resultados apresentam uma média de 27,29, com valor mínimo de 23 pontos (sem escolaridade) e um valor máximo de 29. A média dos valores foi de 27,29, enquanto a mediana foi de 29, indicando que a maior parte dos valores se encontra nos valores mais elevados do conjunto, com alguns valores mais baixos a reduzir ligeiramente a média.

Os pontos de corte do MMSE variam de acordo com o nível de escolaridade. Para a população portuguesa, considera-se sem défice cognitivo quando a pontuação é igual ou superior a 22, se sem escolaridade, ou escolaridade até 2 anos, igual ou superior a 24 se de 3 a 6 anos de escolaridade, e igual ou superior a 27 se mais de 7 anos de escolaridade (Morgado et al., 2009).

A análise dos serviços mostra uma predominância clara do setor de Medicina, que concentra 71,4% dos participantes. Este valor revela que a maioria das pessoas está integrada neste serviço, refletindo uma maior representatividade desta área. Por outro lado, o serviço de Ortopedia corresponde a 28,6% do total, indicando uma presença menor, mas ainda significativa.

No que diz respeito à caracterização clínico-funcional dos participantes, foi recolhida informação relativa à existência de alterações do equilíbrio previamente ao internamento. Esta informação foi recolhida com a pessoa, pelo que não é de mensuração objetiva.

Tabela 4 - Alterações no equilíbrio antes do internamento

Caso	1	2	3	4	5	6	7
Alteração no equilíbrio	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não

Fonte: Elaboração pela própria

Verificou-se que três participantes, designadamente as pessoas 1, 2 e 5, referiram apresentar alterações no equilíbrio. Contudo, não foi possível proceder à mensuração objetiva destas variáveis.

Seguidamente, apresenta-se os dados recolhidos através dos respetivos instrumentos de avaliação, os quais foram realizados em dois momentos distintos. O primeiro, refere-se antes da intervenção da Enfermagem de Reabilitação e o último, a última intervenção realizada pelo investigador.

Caracterização do equilíbrio

A avaliação pela escala de Berg, tem como objetivo avaliar o equilíbrio funcional, estático e dinâmico e prever o risco de queda em adultos e idosos. A tabela 8 indica os resultados obtidos através da avaliação da escala de Berg.

Tabela 5 - Caracterização do equilíbrio - Escala de Equilíbrio de Berg

N.º Caso	Escala de Equilíbrio de Berg (pontos)			
	1ª avaliação	última avaliação	Ganhos	Sessões
1	8	24	16	4
2	6	25	19	4
3	4	26	22	7
4	17	54	37	5
5	0	8	8	3
6	5	51	46	3
7	0	3	3	4

Fonte: Elaboração pela própria

Interpretação dos resultados da escala de Berg 41-56 equilíbrio bom/ baixo risco de queda; 21-40 equilíbrio médio/ risco de queda médio; 0 -20 equilíbrio diminuído/ elevado risco de queda
--

Verificamos que ;

Globalmente, dois participantes atingiram níveis compatíveis com bom equilíbrio funcional, três evidenciaram melhoria relevante mantendo equilíbrio médio/ risco queda médio e dois mantiveram equilíbrio diminuído/ elevado risco de queda, apesar de ganhos pontuais.

Na tabela 6 iremos fazer avaliação do equilíbrio, onde se considerou que ‘tem equilíbrio’ quando a pessoa mantinha a postura sem apoio adicional, sem perda de controlo postural e sem necessidade de ajuda física.

Tabela 6 - Equilíbrio estático e dinâmico sentado e em ortostatismo

N.º Cas o	Equilíbrio corporal							
	1ª avaliação				última avaliação			
	Sentad o estátic o	Sentad o dinâmic o	Ortostatis mo estático	Ortostatis mo dinâmico	Sentad o estátic o	Sentad o dinâmic o	Ortostatis mo estático	Ortostatis mo Dinâmico
1	S	N	S	N	S	S	S	S
2	S	N	S	N	S	S	S	N
3	S	N	N	N	S	S	S	N
4	S	N	N	N	S	S	S	S
5	N	N	N	N	S	S	N	N
6	S	N	N	N	S	S	S	S
7	N	N	N	N	S	S	N	N

Fonte: Elaboração pela própria

Legenda: S – sim (tem equilíbrio) ; N – não tem equilíbrio

Interpretação dos resultados - Equilíbrio estático sentado - a capacidade de manter a simetria corporal quando sentado; - Equilíbrio dinâmico sentado - a capacidade de manter o controlo do corpo enquanto estás sentado e em movimento; - Equilíbrio estático em ortostatismo - a capacidade de manter a estabilidade em pé; - Equilíbrio dinâmico – a capacidade de manutenção da posição vertical, quando o centro de gravidade e a base de sustentação estão em movimento.

Fonte: Adaptado de Garcia et al., 2021

Na 1.ª avaliação, a maioria dos participantes apresentava equilíbrio sentado estático preservado (5/7 casos), enquanto o equilíbrio sentado dinâmico era comprometido (7/7 casos com dificuldades). A situação de ortostatismo dinâmico também apresentava dificuldades em todos os casos, e o ortostatismo estático encontrava-se alterado em 5 dos 7 participantes.

Na última avaliação, todos os participantes apresentaram melhoria geral, especialmente no equilíbrio sentado estático e sentado dinâmico, que se encontravam preservados em todos os casos. O ortostatismo estático também melhorou significativamente, com equilíbrio em 5/7 participantes, e o ortostatismo dinâmico apresentou melhorias, embora 4 participantes ainda apresentassem alguma dificuldade.

De forma geral, observa-se uma progressão positiva do equilíbrio corporal, especialmente nas condições sentadas, com ganhos importantes no equilíbrio em ortostatismo estático, embora algumas dificuldades persistam em alguns casos no ortostatismo dinâmico.

Foi aplicado a Escala de Força Muscular do Medical Research Council (MRC) para avaliar a força muscular das pessoas em estudo. Esta escala avalia a força dos membros superiores e membros inferiores, direitos e esquerdos.

Tabela 7 - Caracterização da força muscular dos membros superiores

N.º Caso	Escala de MRC - membro superior			
	1ª avaliação Direito	1ª avaliação esquerdo	última avaliação direito	última avaliação esquerdo
1	5	5	5	5
2	5	5	5	5
3	5	2	5	2
4	4	5	5	5
5	5	5	5	5
6	4	5	4	5
7	0	5	0	5

Fonte: Elaboração pela própria

Tabela 8 - Caracterização da força muscular dos membros inferiores

N.º Caso	Escala de MRC - membro inferior			
	1ª avaliação Direito	1ª avaliação esquerdo	última avaliação direito	última avaliação esquerdo
1	3	5	4	5
2	5	3	5	4
3	5	3	5	4
4	3	5	5	5
5	5	5	5	5
6	5	5	5	5
7	0	5	1	5

Fonte: Elaboração pela própria

Legenda – Escala Medical Council Research

5 – Movimento normal contra gravidade e resistência; 4 – Movimento muscular completo contra resistência moderada e contra gravidade. O doente consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força; 3 – Movimento muscular completo apenas contra gravidade, não contra resistência; 2 – Tem movimento muscular das extremidades, mas não contra gravidade. O doente consegue mover o membro na base da cama; 1 – Observa-se contração muscular palpável e/ou visível sem movimento. 0 – Sem contração muscular e sem movimento

Um dos participantes (caso 4), em contexto pós-AVC com paresia crural direita, apresentou uma evolução muito favorável, passando de força muscular 3/5 para 5/5 no membro inferior direito, alcançando recuperação completa deste segmento. Apesar de manter um défice ligeiro no membro superior direito de origem congénita, o ganho funcional no membro inferior foi particularmente significativo (ver Apêndice 4).

Em contraste, outro participante, também após AVC (caso n. 7), manteve plegia completa do membro superior direito (0/5) ao longo de todas as avaliações, evidenciando ausência de recuperação. No membro inferior direito observou-se apenas uma evolução mínima, de 0/5 para 1/5, permanecendo um défice motor grave e limitante (ver Apêndice7).

Foi aplicada o Índice de Barthel a todos os participantes, com o intuito de avaliar o nível de independência funcional das pessoas. Foram avaliados os seguintes parâmetros: Higiene pessoal, Evacuar, Urinar, Usar WC, Alimentar-se, Transferências, Mobilidade, Vestir-se, Escadas e Banho.

Tabela 9 - Evolução da Independência Funcional (Índice de Barthel)

	Avaliação	Higiene pessoal	Evacuar	Urinar	Usar WC	Alimentar-se	Transfe Rências	Mobilidade	Vestir-se	Escadas	Banho	Total
Caso 1	1ª	0	10	5	5	10	5	10	5	0	0	50
	Última	5	10	5	5	10	10	10	5	5	0	65
Caso 2	1ª	0	10	10	5	10	5	10	5	0	0	55
	Última	5	10	10	5	10	10	10	5	5	0	70
Caso 3	1ª	0	10	0	0	0	5	5	0	0	0	20
	Última	5	10	5	5	5	10	10	5	5	0	60
Caso 4	1ª	5	10	10	5	10	5	10	5	5	0	65
	Última	5	10	10	10	10	15	15	10	5	5	95
Caso 5	1ª	0	10	5	0	10	5	5	5	0	0	40
	Última	0	10	5	5	10	10	10	5	5	0	60
Caso 6	1ª	5	10	0	5	10	5	10	5	5	0	55
	Última	5	10	10	10	10	15	15	10	10	5	100
Caso 7	1ª	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	10
	Última	5	10	0	0	0	10	0	5	0	0	30

Nota: O azul na última avaliação, refere-se aos itens que tiveram alteração da primeira avaliação.

Fonte : Elaboração pela própria

Interpretação dos resultados do Índice de Barthel:

100 pontos –independência; 99 a 91 pontos – Leve dependência, 61 a 90 pontos – Moderada dependência; 60 a 21 pontos – Grave dependência; 0-20 dependência total

Tabela 10 – Índice de Barthel – Diferença de resultados

Caso	1ª Avaliação	Grau de Dependência Inicial	Última Avaliação	Grau de Dependência Final	Diferença
1	50	Grave Dependência	65	Moderada dependência	+15
2	55	Grave Dependência	70	Moderada dependência	+15
3	20	Dependência total	60	Grave Dependência	+40
4	65	Moderada dependência	95	Leve dependência	+30
5	40	Grave dependência	60	Grave dependência	+20
6	55	Grave dependência	100	Independência	+45
7	10	Dependência total	30	Grave dependência	+20
Média	42.14		68, 57		26,43
Mediana	50		65		20

Fonte: Elaboração pela própria

A análise dos resultados do Índice de Barthel, avaliados em dois momentos distintos, permite verificar uma evolução global positiva no nível de independência dos participantes. A média inicial situou-se em 42,14 pontos, aumentando para 68,57 pontos na avaliação final, o que corresponde a uma melhoria média de 26,43 pontos. Há melhoria em todos os casos, com diferenças entre mais 15 e mais 45 pontos.

Observa-se que todas as pessoas apresentaram evolução positiva nos valores obtidos, embora com magnitudes distintas. O caso 6, a pessoa conseguiu mais 45 pontos e o caso 3, mais 40 pontos. Destaca-se particularmente o caso 6, que evoluiu de grave dependência para independência.

Alguns participantes registaram progressos suficientes para alteração do grau de dependência. Os casos 1 e 2 passaram de grave dependência para dependência moderada, enquanto o caso 4 evoluiu de dependência moderada para leve dependência.

Relativamente aos participantes que permaneceram em níveis mais elevados de dependência, verifica-se que o caso 5 se manteve na categoria de grave dependência, embora com melhoria do valor obtido. O caso 3, apesar de apresentar uma evolução expressiva, passou de dependência total para grave dependência. Por sua vez, o caso 7 também passou de dependência total para grave dependência.

Na tabela 11 encontra-se as avaliações para cada pessoa da amostra para o risco de queda, através da aplicação da escala de Morse.

Tabela 11 - Avaliação do risco de queda - Escala de Morse

CASO	1ª avaliação	Classificação inicial	última avaliação	Classificação final
1	50	Baixo risco	25	Baixo risco
2	65	Alto risco	25	Baixo risco
3	80	Alto risco	80	Alto risco
4	55	Alto risco	25	Baixo risco
5	95	Alto risco	60	Alto risco
6	55	Alto risco	15	Sem risco
7	35	Baixo risco	15	Sem risco
Média	62,14		35	
Mediana	55		25	

Fonte: Elaboração pela própria

Interpretação dos resultados da escala de Morse: Sem risco (0 e $\leq$ 24 pontos); Baixo risco ($\geq$ 25 e $\leq$ 50 pontos); Alto risco ($\geq$ 51 pontos).

Observa-se que melhoraram o risco os participantes 2, 4, 6 e 7. Duas pessoas sem risco de queda (caso 6 e 7) total de 28,6%, 3 pessoas com baixo risco (casos 1, 2 e 4) total de 42,8% e duas pessoas com alto risco (casos 3 e 5) total de 28,6%.

A interpretação da Escala de Morse deve ser contextualizada com a mobilidade efetiva da pessoa, uma vez que baixa pontuação de risco pontuado não equivale necessariamente a segurança funcional real.

No conjunto dos casos, observou-se tendência favorável de melhoria do equilíbrio funcional, da capacidade de manter posturas em sentado e ortostatismo, da força muscular em alguns segmentos, da independência funcional e, em parte dos participantes, da redução do risco de queda.

4.2 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados centra-se na interpretação clínica e funcional dos ganhos observados, articulando-os com a literatura disponível e com os objetivos definidos para o projeto, pelo que será realizada a sua análise crítica, de forma a possibilitar uma interpretação e melhor discussão.

Os resultados sugerem melhoria do equilíbrio funcional e da independência, embora com magnitude distinta entre os casos, o que importa discutir à luz dos objetivos definidos e das limitações do estudo.

Importa, contudo, interpretar os resultados à luz da heterogeneidade clínica e funcional da amostra, constituída por pessoas com diagnósticos distintos, diferentes níveis de dependência funcional de base, alterações prévias da mobilidade e do equilíbrio, bem como número variável de sessões de intervenção. Esta variabilidade condiciona a comparabilidade direta entre os casos e recomenda prudência na interpretação global dos resultados, devendo estes ser lidos sobretudo numa perspetiva descritiva e clínica, centrada na evolução individual de cada participante.

Em relação à caracterização da amostra a nível sociodemográfico, verificou-se que a amostra está claramente entre 70 e 74 anos, representando quase metade do total da amostra, 42,9%. Apenas duas pessoas têm menos de 65 anos de idade.

Tal como refere a literatura, o envelhecimento está associado a um comprometimento progressivo do equilíbrio, resultante de alterações fisiológicas que afetam os sistemas vestibular, visual, propriocetivo e musculoesquelético (Lourenço et al., 2021). Estudos atuais mostram que estas mudanças reduzem a capacidade de manter a estabilidade postural. Enfatizar que a literatura contextualiza o fenómeno, mas que a amostra não permite testar associações dado o baixo número de casos.

Além disso, problemas como o Acidente Vascular Cerebral (AVC) agrava significativamente estas alterações, uma vez que provoca défices neuromotores e sensoriais que comprometem ainda mais o equilíbrio postural, como nos casos 3,4,5 e 7 (Rocha, et al., 2020). Também os problemas articulares como a gonartrose e posteriormente colocação de uma Prótese Total do Joelho, e a coxartrose, com colocação de Prótese Total da Anca, estão intimamente ligados ao declínio do equilíbrio, como nos casos 1 e 2 (Lourenço et al., 2021).

Por sua vez, a intolerância ortostática é uma consequência comum da alteração da orientação no espaço após o repouso, em que adotar uma postura ereta causa tonturas ou desmaios. Um estudo de revisão sistemática conduzido por Saumur et al. (2020) indica que mesmo períodos relativamente curtos de repouso no leito afetam negativamente o controlo do equilíbrio em adultos saudáveis, comprometendo mecanismos sensoriais e motores essenciais à estabilidade postural, situação que ocorreu no caso 6.

Nos 7 casos selecionados é perceptível a predominância do género masculino, com 4 participantes (57,1%), em comparação com o género feminino, que apresenta 3 participantes (42,9%). Um estudo mostra que o género é um fator determinante no equilíbrio e no risco de queda em idade avançada. Que homens idosos apresentam mais desequilíbrio postural que mulheres, enquanto mulheres apresentam variações discretas nos parâmetros da marcha (Espinoza-Araneda et al., 2022).

A análise dos serviços evidencia uma predominância do setor de Medicina, que concentra 71,4% dos participantes. Este resultado poderá estar associado ao facto de o estágio ter decorrido maioritariamente neste serviço, onde foi cumprida uma maior carga horária, o que poderá justificar a maior representatividade de casos observados. Adicionalmente, este contexto clínico apresentou frequentemente utentes com maior comprometimento do equilíbrio, o que pode ter influenciado a composição da amostra.

No que diz respeito às habilitações literárias, 57,1% da amostra possuía o ensino básico, com 4 anos de escolaridade. Na avaliação do Mini Mental State Examination o caso 5 e 7 apresentam valores mais baixos, com 23 e 24 pontos respetivamente. A capacidade cognitiva influencia a aprendizagem e a perceção do risco, e pessoas com défices cognitivos precisam de instruções mais simples, repetidas e demonstradas.

Como objetivo geral foi definido: Analisar os contributos de um programa de reeducação funcional motora, na promoção do equilíbrio corporal, na pessoa hospitalizada.

Foi implementado um programa de reeducação funcional motora, personalizado e adaptado, contruído por forma a responder às particularidades da pessoa (ver apêndices).

A referir que 3 dos participantes já tinham alterações no equilíbrio com necessidade de auxiliares de marcha, dois dos quais a precisarem de intervenções cirúrgicas ortopédicas. Este valor revela que uma parte significativa do grupo já enfrentava dificuldades ou necessitava de apoio para se deslocar antes da hospitalização. Esta informação é relevante, pois influencia o plano de cuidados, a necessidade de reabilitação e o risco de perda adicional de funcionalidade durante o internamento. No conjunto, embora a amostra seja relativamente baixa que não permite inferências, os dados apresentados sugerem uma população heterogénea, com uma proporção considerável de indivíduos vulneráveis do ponto de vista funcional, reforçando a importância de uma avaliação precoce e de intervenções adequadas. A referir que nenhum teve queda no internamento.

No que respeita ao equilíbrio corporal, a Escala de Equilíbrio de Berg evidenciou um aumento da pontuação, traduzindo uma melhoria expressiva do equilíbrio funcional, mostra ainda, uma evolução positiva em todos os casos avaliados, observando-se uma evolução favorável. O número de sessões realizadas variou relativamente pouco entre os participantes, situando-se entre três a sete sessões.

Tal como diz a literatura (Batista & Livramento, 2023; Rocha et al., 2020; Limão & Martins, 2021) os exercícios de equilíbrio são uma intervenção que proporciona efeitos benéficos nas pessoas, promovendo melhoras significativas no equilíbrio, aumento da resistência muscular e funcionalidade. Os ganhos funcionais apresentam uma amplitude muito maior. Esta discrepância sugere que a resposta ao tratamento não depende apenas da quantidade de

sessões, mas também de fatores individuais, como o estado inicial, a capacidade de adaptação ou a própria natureza das limitações de cada caso.

Nos casos de AVC deste estudo (casos 3, 4, 5, 7), os ganhos observados no equilíbrio corroboram com os achados de Rocha et al., (2020), que demonstraram que a sistematização dos cuidados de enfermagem de reabilitação, através de programas de exercícios terapêuticos, melhora significativamente a recuperação do equilíbrio postural na pessoa com AVC.

O maior ganho no equilíbrio, foi observado no Caso 6, com uma melhoria de 46 pontos na escala de equilíbrio de Berg, representando uma evolução num curto período de intervenção. Em contraste, o menor ganho registado foi no Caso 7, com apenas 3 pontos de diferença entre a primeira e a última avaliação. Esta variação reforça a importância de analisar não só os resultados, mas também o contexto clínico de cada participante, permitindo compreender melhor a eficiência das estratégias utilizadas e a necessidade de ajustar a intervenção às características individuais. A análise estatística do resultado da escala de Berg reforça esta interpretação.

De forma geral, os dados revelam um padrão consistente de melhoria, mas também sublinham a necessidade de uma abordagem individualizada, capaz de otimizar os ganhos de acordo com as necessidades específicas de cada pessoa. Este aspeto foi sempre tido em conta nas intervenções planeadas.

A classificação do equilíbrio corporal em posição sentada e em ortostatismo, nas componentes estática e dinâmica, foi realizada com base na observação clínica estruturada, da capacidade da pessoa para manter ou recuperar estabilidade postural, sem apoio adicional e sem perda de controlo durante a tarefa solicitada.

A análise das diferentes componentes do equilíbrio corporal, em posição sentada e em ortostatismo, nas vertentes estática e dinâmica, revela uma tendência favorável entre a avaliação inicial e a avaliação final. Ainda assim, esta leitura deve ser entendida à luz de uma apreciação clínica observacional, centrada na evolução funcional de cada participante. Na avaliação inicial, observa-se que a maioria dos participantes apresentava estabilidade apenas na posição sentada estática, enquanto as restantes dimensões, sobretudo as tarefas dinâmicas e em ortostatismo, mostravam limitações significativas. Após a primeira avaliação verifica-se uma melhoria generalizada em todas as dimensões avaliadas.

O equilíbrio dinâmico, tanto sentado como em ortostatismo, surge como mais vulnerável, o que está em consonância com a literatura que descreve maior exigência neuromuscular e de controlo postural em tarefas dinâmicas. Este padrão reforça a importância de incluir, nos programas de enfermagem de reabilitação, exercícios progressivos de transferência, treino

de ortostatismo e marcha, bem como tarefas funcionais que desafiem o equilíbrio dinâmico de forma segura.

De forma global, os resultados demonstram melhoria das capacidades de equilíbrio, com ganhos especialmente evidentes nas tarefas mais complexas. A evolução observada reforça que, apesar das diferenças individuais, nos casos estudados, observou-se uma evolução global favorável, alcançando níveis superiores de equilíbrio postural e funcionalidade.

A avaliação da força muscular através da escala de Medical Research Council (MRC) dos sete casos acompanhados evidenciou, de forma global, trajetórias funcionais distintas, marcadas por padrões de recuperação muito variados entre si.

De forma geral, observou-se que alguns participantes apresentaram melhorias significativas da força muscular, sobretudo nos membros inferiores e nos casos com maior potencial de recuperação funcional, enquanto outros mantiveram défices persistentes associados à condição clínica de base. Este padrão é clinicamente coerente com a relevância da força dos membros inferiores para as transferências, o ortostatismo e a marcha. A melhoria da força, sobretudo ao nível dos membros inferiores, é um fator chave para a estabilidade postural, para a execução de transferências e para a marcha, podendo explicar, em parte, os ganhos observados no equilíbrio e na independência funcional. O detalhe clínico de cada caso encontra-se sistematizado nos apêndices do relatório

Assim, os resultados deste estudo reforçam o papel do enfermeiro de reabilitação na prescrição, supervisão e progressão de exercícios de fortalecimento muscular adaptados ao estado clínico e funcional da pessoa, tal como nos refere a literatura.

Verificou-se que nos casos ortopédicos, observou-se melhoria da força no membro inferior mais comprometido, compatível com a recuperação pós-operatória e com o treino funcional realizado. Nos casos neurológicos, os resultados foram mais heterogéneos, com ganhos mais discretos nos défices motores severos e melhor evolução nos casos com maior reserva funcional. Nos participantes com força inicialmente preservada, verificou-se sobretudo manutenção, o que também constitui um achado relevante no contexto do internamento.

Em termos de independência funcional, avaliada pelo Índice de Barthel, verificou-se um aumento consistente das pontuações em todos os casos, com diferenças que variaram entre 15 e 45 pontos.

No que respeita à evolução clínica da amostra, o Caso 1 evidenciou uma otimização funcional, com destaque para a autonomia em transferência, higiene pessoal e mobilidade em escadas, padrão que se replicou no Caso 2. Já o Caso 3 manifestou progressos em quase todos os domínios funcionais, à exceção da subida e descida de degraus. O Caso 4 atingiu um patamar de quase independência (95 pontos), enquanto o Caso 6 teve a recuperação plena da autonomia nas atividades de vida diária. Por fim, nos perfis de maior dependência,

como os Casos 5 e 7, registaram-se ganhos qualitativos importantes: o primeiro progrediu em quatro domínios distintos e o segundo demonstrou melhorias relevantes em tarefas específicas de autocuidado, como o pentear-se, e na execução de transferência. Estes ganhos traduzem uma melhoria significativa na realização de atividades de autocuidado, transferências, mobilidade e utilização de escadas, aspetos determinantes para uma alta hospitalar mais segura e para a continuidade dos ganhos em contexto domiciliário. Os resultados sugerem que o treino orientado e supervisionado pelo enfermeiro de reabilitação contribuiu para a recuperação da capacidade funcional, em alinhamento com estudos que evidenciam a eficácia de intervenções de mobilização precoce e exercício terapêutico na pessoa hospitalizada.

Podemos afirmar que, há uma melhoria funcional global significativa no grupo. Em média, as pessoas passaram de um nível de grave dependência para moderada, o que sugere que os planos de cuidados de reabilitação tiveram contributo positivo.

Relativamente ao risco de queda, avaliado pela Escala de Morse, observou-se que vários participantes passaram de categorias de alto risco para baixo risco ou ausência de risco ao longo do programa: os casos 2, 4 e 6 evoluíram de alto risco para baixo risco ou sem risco, enquanto os casos 1 e 7 mantiveram ou atingiram níveis de baixo risco ou ausência de risco. Por outro lado, os casos 3 e 5 mantiveram um risco elevado, o que poderá estar associado à gravidade dos défices neurológicos, à complexidade clínica e ao tempo limitado de intervenção em contexto de internamento.

Esta evolução evidencia que as intervenções de enfermagem de reabilitação podem contribuir de forma relevante para a redução do risco de queda em algumas pessoas, mas também sublinha a necessidade de estratégias adicionais e de maior duração para casos com comprometimento mais severo.

No que concerne à avaliação do risco de queda, a combinação de Morse 15 (sem risco) e um índice de Barthel 100, no caso 6, sugere que a pessoa é funcionalmente autónoma, com mobilidade preservada e sem risco de queda.

No que respeita ao risco de queda, a Escala de Morse permitiu identificar perfis distintos de vulnerabilidade. Contudo, a interpretação dos resultados deve ser contextualizada com o nível de mobilidade efetiva da pessoa. Em participantes com dependência elevada, pontuações baixas podem refletir reduzida exposição à deambulação e não necessariamente menor vulnerabilidade clínica. Assim, a Escala de Morse mostrou-se útil enquanto instrumento de apoio, mas a sua leitura deve ser articulada com a funcionalidade, o equilíbrio e o grau de assistência necessário.

De facto, constata-se que apesar de valor de escala de Morse 15 indicar sem risco de queda, o baixo nível funcional, como o caso 7, em que a mobilidade é muito reduzida, com

necessidade de ajuda frequente, onde consequentemente há uma menor exposição ao risco. Ou seja, o risco de queda é baixo não porque é seguro, mas porque a pessoa quase não se movimenta sem ajuda.

O Caso 3 foi o único que não evidenciou qualquer evolução, mantendo o nível de alto risco ao longo do processo (o ter historial de quedas, permaneceu com terapia intravenosa e diagnóstico secundário influenciou os resultados). Já o caso 5 apesar de ter apresentado alguma melhoria, mantém um nível de risco elevado na última avaliação.

De forma global, os resultados revelam ganhos clínicos ao nível do equilíbrio funcional, da força muscular, da independência nas atividades de vida diária e da redução do risco de queda, após um número relativamente reduzido de sessões de enfermagem de reabilitação. Estes achados vão ao encontro da evidência que reconhece o impacto de programas estruturados de treino motor e de equilíbrio na recuperação funcional de pessoas com patologia musculoesquelética e neurológica em contexto hospitalar. Apesar da pequena dimensão da amostra e da heterogeneidade diagnóstica, o padrão de melhoria observado em vários indicadores, os resultados sugerem contributos clínicos positivos das intervenções implementadas para a promoção do equilíbrio corporal na pessoa hospitalizada.

Assim, face aos resultados observados, considera-se que o objetivo geral foi globalmente cumprido no contexto dos casos analisados, ainda que a sua interpretação deva ser enquadrada pelas limitações inerentes ao desenho do estudo.

Como objetivos específicos para este trabalho foram definidos três objetivos:

- Maximizar a capacidade da pessoa para a promoção do equilíbrio (estático e dinâmico, na posição de sentado e em pé (ortostatismo));

A avaliação global das pessoas permitiu identificar limitações significativas ao nível do equilíbrio corporal, tanto em contexto estático como dinâmico, justificando a necessidade de intervenções específicas de enfermagem de reabilitação orientadas para a maximização da capacidade para o equilíbrio corporal. As intervenções de enfermagem de reabilitação e a melhoria no controlo postural e na capacidade funcional da pessoa, reforçam a importância de maximizar a capacidade da pessoa para a promoção do equilíbrio corporal ((Regulamento n.º 392/ 2019).

A Escala de Berg, enquanto medida direta do equilíbrio, revelou valores reduzidos em vários utentes, traduzindo instabilidade postural e dificuldade na execução de tarefas funcionais que exigem controlo corporal. Paralelamente, pontuações mais baixas no Índice de Barthel demonstraram limitações funcionais que interferem com a capacidade de realizar transferências, manter ortostatismo e iniciar a marcha, aspetos intrinsecamente dependentes do equilíbrio. Esta relação é amplamente descrita na literatura recente, que identifica a dependência funcional como um preditor significativo de défices de equilíbrio e instabilidade

postural. Adicionalmente, a atenção, a perceção do risco e a capacidade de seguir instruções influenciam a capacidade para o equilíbrio e para a segurança.

Os ganhos verificados na Escala de Equilíbrio de Berg e na avaliação do equilíbrio em posição de sentado e em ortostatismo, em contexto estático e dinâmico, evidenciam a maximização da capacidade da pessoa para a promoção do equilíbrio corporal, o que sustentam que este objetivo foi globalmente alcançado nos casos analisados, embora com magnitude de melhoria distinta entre participantes.

- Capacitar a pessoa para a consciencialização da relação entre o equilíbrio corporal comprometido e o risco quedas;

A capacitação é o processo desenvolvido pelo enfermeiro de reabilitação, com foco no conhecimento e aprendizagem de capacidades, através de intervenções que capacitam a pessoa para lidar com desafios da transição saúde-doença, promovendo autonomia e mestria na nova realidade funcional (Nascimento, 2020).

Assim, a capacitação da pessoa para compreender a relação entre equilíbrio comprometido e risco de queda constituiu outro eixo fundamental da intervenção da Enfermagem de Reabilitação.

Os EEER devem realizar uma avaliação global da pessoa em risco de queda, utilizando instrumentos específicos para essa avaliação. Com base nos fatores de risco identificados, devem ser implementadas intervenções que visem eliminar ou reduzir a sua influência (Belo Fernandes, 2020).

A educação para a segurança, adaptada ao nível cognitivo identificado pelo Mini-Mental, procurou promover a consciencialização do risco, reforçar comportamentos seguros e incentivar a adoção de estratégias de proteção durante as atividades de vida diária. A instrução, demonstração e treino de técnicas de transferência, posicionamento e marcha segura foram fundamentais para melhorar a autoperceção corporal e reduzir comportamentos de risco.

A Escala de Morse permitiu identificar diferentes níveis de risco e, articulada com a avaliação cognitiva, apoiou a adaptação das estratégias educativas às capacidades da pessoa. Contudo, a consciencialização do risco de queda foi apreciada apenas de forma indireta, a partir do comportamento observado e da adesão às orientações de segurança. Verificou-se também que uma pessoa com pontuação baixa na escala de Morse apresentava grave dependência, o que reduz a exposição ao risco por limitação da mobilidade, mas não elimina a vulnerabilidade. Esta escala, permitiu identificar o risco de queda e, associada à escala do Mini-Mental, orientou para capacitar a pessoa para compreender como o equilíbrio comprometido aumenta a probabilidade de quedas, promovendo maior consciência corporal e comportamentos seguros para prevenir as quedas.

Embora não tenha sido utilizado um instrumento específico para avaliar a consciencialização do risco de queda, a evolução observada em alguns perfis de risco, a ausência de quedas durante o internamento e a adesão às orientações de segurança sugerem que este objetivo foi trabalhado, mas a sua demonstração sistemática ficou limitada.

- Identificar os contributos da enfermagem de reabilitação na promoção do equilíbrio corporal e prevenção de quedas, e assim os ganhos em saúde.

A análise integrada das escalas sugere que as intervenções de Enfermagem de Reabilitação, centradas no ensino, instrução, treino de equilíbrio, capacitação funcional e educação para a prevenção de quedas, se associaram a ganhos observáveis em saúde, traduzidos na melhoria das pontuações de equilíbrio, funcionalidade e redução do risco de queda.

As intervenções centradas no treino do equilíbrio estático e dinâmico, no reforço muscular, na reeducação postural e na otimização das transferências contribuíram para melhorias observáveis na estabilidade e funcionalidade das pessoas. A integração dos resultados das escalas permitiu orientar o plano de cuidados de forma individualizada, potenciando a autonomia e a independência, reduzindo o risco de queda e promovendo maior segurança durante a marcha e as atividades quotidianas. A literatura tem descrito benefícios associados a programas estruturados de reabilitação na melhoria da funcionalidade e na redução do risco de queda, particularmente quando implementados de forma precoce e individualizada.

Assim, no contexto dos casos analisados, a intervenção de Enfermagem de Reabilitação revelou-se clinicamente relevante para a promoção do equilíbrio corporal, prevenção de quedas e obtenção de ganhos observáveis em saúde.

Podemos resumir que temos como contributos diretos:

- Treino do equilíbrio estático e dinâmico, com melhoria observada na Escala de Berg;
- Treino funcional orientado para as atividades de vida diária, com melhoria observada no Índice de Barthel;
- Educação para a prevenção de quedas e promoção de comportamentos seguros, com evolução favorável em vários casos na Escala de Morse;
- Adaptação do ensino e das estratégias de capacitação ao perfil cognitivo da pessoa, apoiada na avaliação cognitiva realizada.

Como ganhos em saúde, podemos considerar:

- Redução do risco de queda com potencial diminuição da probabilidade de complicações associadas,
- Aumento da independência na realização das atividades de vida diárias avaliadas através do índice de Barthel.

Face ao exposto, o terceiro objetivo específico foi atingido.

Os resultados deste estudo têm implicações importantes para a prática da enfermagem de reabilitação em contexto hospitalar. Em primeiro lugar, reforçam a necessidade de uma avaliação sistemática do equilíbrio, da força muscular, da independência nas atividades de vida e do risco de queda, recorrendo a instrumentos validados, como a Escala de Berg, o Índice de Barthel, a escala de MRC e a Escala de Morse. Em segundo lugar, evidenciam o potencial das intervenções estruturadas de reeducação funcional motora, implementadas de forma precoce, na promoção de ganhos em saúde relacionados com o equilíbrio corporal e a prevenção de quedas.

Para além disso, os achados sustentam a importância do papel educativo do enfermeiro de reabilitação na abordagem da relação entre equilíbrio comprometido, risco de queda e comportamentos seguros, um dos objetivos específicos deste estudo.

A integração de estratégias de educação para a saúde, treino de utilização de ajudas técnicas, adaptação do ambiente e envolvimento da família/cuidador, pode potenciar a manutenção dos ganhos obtidos durante o internamento e reduzir o risco de eventos adversos após a alta.

Deste modo, o EEER assume-se como elemento de elevada relevância na equipa multidisciplinar, articulando a avaliação, intervenção e monitorização contínua do equilíbrio e da funcionalidade da pessoa hospitalizada.

Limitações e sugestões para investigação futura

Este estudo apresenta algumas limitações que importa reconhecer na interpretação dos resultados. Em primeiro lugar, trata-se de estudos de caso, com uma amostra reduzida de sete participantes, selecionada por amostragem não probabilística intencional, o que limita a generalização dos achados a outras populações e contextos.

Acresce que o estudo foi desenvolvido em contexto específico de estágio, circunstância que condicionou as possibilidades de recrutamento e de acompanhamento dos participantes, dada a limitação casuística e temporal.

Também o tempo de intervenção foi relativamente curto, e não foi efetuado acompanhamento após a alta do serviço a todos os participantes, pelo que não é possível saber em que medida os ganhos se mantiveram a médio e longo prazo.

Com base nos resultados obtidos, futuras investigações poderão recorrer a amostras maiores, bem como a desenhos quase-experimentais ou experimentais, de modo a fortalecer a evidência sobre o impacto dos programas de reeducação funcional motora e educação para a prevenção de quedas na pessoa hospitalizada com equilíbrio corporal comprometido.

5 – ANÁLISE REFLEXIVA ACERCA DAS COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

No percurso académico deste mestrado, foi previsto o desenvolvimento de competências comuns ao enfermeiro especialista, bem como competências específicas do EEER e de Mestre em Enfermagem, adquiridas e aprofundadas através das diversas atividades, entre elas, as realizadas em contextos de estágio.

A realização deste relatório, assim como, as atividades desenvolvidas durante os estágios, foram fundamentais para a reflexão relativa ao processo de aquisição e desenvolvimento de competências ao longo do percurso.

Assim, este capítulo tem como objetivo identificar e descrever as competências comuns do Enfermeiro Especialista e as competências específicas do EEER adquiridas ao longo deste percurso académico, de acordo com o regulamento n.º 140/2019 e o Regulamento n.º 392/2019 e por fim as competências de Mestre (Decreto-Lei n.º 65/2018, no seu artigo 15). A análise das competências será desenvolvida a partir das situações, decisões, intervenções, resultados, limites e aprendizagens que marcaram os contextos de estágio, procurando demonstrar criticamente de que modo essas experiências contribuíram para o desenvolvimento de competências.

5.1 - COMPETENCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns referem-se às competências compartilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente de sua área de especialização (Regulamento n.º 140/2019). Estas competências contemplam dimensões como a “educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4744.)

Existem quatro domínios de competências comuns, nomeadamente: “responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e legal

No âmbito deste domínio de competências, todas as práticas desenvolvidas durante os estágios foram pautadas pela responsabilidade profissional, ética e legal. Ao longo dos estágios realizados nos serviços de Ortopedia e Medicina, desenvolvi uma prática profissional assente em princípios éticos e deontológicos, procurando sempre garantir um exercício responsável, seguro e centrado na pessoa. A Ética segundo Deodato (2016) é uma reflexão filosófica “onde cada um procura os valores e os princípios que fundamentam as suas decisões e os seus atos”, implica reflexão crítica sobre o agir humano (p. 35).

Em ambos os contextos, atendendo à natureza dos cuidados de Enfermagem, e em particular dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, a prática refletiu uma postura constantemente reflexiva, orientada para a preservação da dignidade e dos direitos da pessoa cuidada. Durante o percurso formativo, foram acompanhadas pessoas em situação de vulnerabilidade associada às suas condições de saúde e às limitações delas decorrentes como adaptações das intervenções às necessidades, limitações e preferências individuais, ponderando riscos e benefícios. Articulei a decisão com os enfermeiros orientadores, avaliando posteriormente os resultados das intervenções e ajustando estratégias quando necessário. Em cada intervenção de Enfermagem, respeitei os direitos humanos, as normas legais e institucionais e os princípios deontológicos da profissão.

Enfrentei situações que exigiram tomada de decisão ética, como a gestão da confidencialidade e privacidade dos dados clínicos. Garanti o consentimento informado, respeitando a vontade e os limites da pessoa e tomei decisões com supervisão dos respetivos orientadores baseadas na melhor evidência disponível, priorizando segurança e eficácia, reforçando a importância de um ambiente de cuidados seguro e humanizado.

Mantive uma postura de respeito pela autonomia, privacidade e dignidade das pessoas, assegurando que fossem devidamente informados e envolvidos nas decisões sobre os seus cuidados. Garanti o respeito pela intimidade durante a realização de atividades, assim como, a correta execução de técnicas de mobilização, utilização de auxiliares de marcha e posicionamento, prevenindo riscos de quedas, lesões ou desconforto.

Paralelamente, colaborei com a equipa na gestão de situações que poderiam comprometer a segurança, como ajuda nos levantes, a privacidade ou a dignidade dos doentes, contribuindo para a implementação de práticas seguras e respeitadoras.

Esta abordagem permitiu-me desenvolver uma atuação responsável, consciente e alinhada com os princípios fundamentais dos cuidados de saúde, importante para o desenvolvimento desta competência.

O projeto de intervenção foi aprovado pela Comissão de Ética e pelo Encarregado da proteção de dados.

Competências do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

A melhoria contínua da qualidade constituiu um eixo central na prática de Enfermagem. Para desenvolver competências neste domínio, durante os estágios procurei continuamente identificar momentos que permitissem aperfeiçoar a prática profissional. Paralelamente, foi sendo fortalecida a capacidade de reflexão crítica, essencial para delinear estratégias de melhoria.

Ao longo dos estágios, observei que as políticas de qualidade dos dois serviços assentam numa abordagem sistemática à governação clínica, com ênfase na monitorização de indicadores, na prevenção de riscos e na criação de um ambiente seguro. Identifiquei que os serviços utilizam metodologias estruturadas de avaliação da qualidade, análise de incidentes, auditorias internas e monitorização de ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

Percebi também que a instituição valoriza a continuidade de cuidados, integrando consultas pré-operatórias, follow-up pós-cirúrgico e programas de reabilitação funcional, o que permite acompanhar resultados ao longo do tempo. A existência de grupos como o Grupo de Risco e o Núcleo de Enfermeiros Especialistas de Reabilitação revelou uma cultura organizacional orientada para a melhoria contínua, onde decisões são fundamentadas em dados, evidência científica e padrões de qualidade definidos pela Ordem dos Enfermeiros.

Durante os estágios, participei ativamente em diversas iniciativas relacionadas com a qualidade, segurança e melhoria contínua dos cuidados. Entre as ações desenvolvidas destacam-se:

- Analisei ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, como equilíbrio, mobilidade, risco de quedas e capacidade funcional, registando-os nas plataformas institucionais e comparando evolução entre admissão e alta;
- Observei e avaliei a adequação dos produtos de apoio (andarrilhos, canadianas, cadeiras de rodas), identificando situações de desgaste ou inadequação e comunicando-as para correção. Reorganizei o espaço físico durante treinos de marcha e equilíbrio, reduzindo obstáculos e aumentando a segurança, o que diminuiu episódios de instabilidade observados;
- Participei em reuniões multidisciplinares, sessões do Grupo de Risco e encontros do Núcleo de Enfermeiros Especialistas de Reabilitação, contribuindo para a partilha de boas práticas;
- Colaborei na Consulta pré-operatória e no follow-up pós-cirúrgico em Ortopedia, reforçando os ensinamentos para o autocuidado e prevenção de complicações;
- No projeto “Sarcorrecuperar”, colaborei na padronização de exercícios funcionais, garantindo que todas as pessoas recebiam orientações consistentes e baseadas na evidência.

- Sensibilizei as pessoas e familiares para comportamentos seguros e continuidade dos exercícios no domicílio, através de explicações e distribuição de folhetos informativos,
- Colaborei na gestão do risco ao nível das unidades funcionais, identificando precocemente potenciais perigos, como piso molhado, falta de campainha, e contribuindo para a adoção de práticas preventivas.

Melhorei a precisão na avaliação funcional, tornando-me mais competente na observação da marcha, equilíbrio, transferências e mobilidade, o que permitiu ajustar intervenções de forma mais fundamentada. Consolidei também a planificação de cuidados baseada na evidência, aplicando recomendações sobre mobilização precoce e treino funcional.

Fui capaz de planear, implementar e avaliar intervenções de forma mais autónoma. Aperfeiçoei a comunicação com a pessoa e família, adotando estratégias mais claras e individualizadas para a continuidade de cuidados no domicílio.

Estas ações permitiram-me desenvolver competências essenciais no domínio da qualidade, reforçando a capacidade de intervenção especializada e a integração das diretivas institucionais na prática diária. Desenvolvi um olhar mais crítico, que me permite questionar práticas e identificar oportunidades de melhoria.

A análise crítica das experiências vivenciadas permitiu reconhecer ganhos significativos, mas também desafios inerentes à multiplicidade de projetos em simultâneo em que estive envolvida, quer como aluna quer como profissional. Embora esta diversidade tenha enriquecido a aprendizagem, exigiu uma gestão rigorosa do tempo e das prioridades, limitando por vezes um envolvimento mais aprofundado em algumas iniciativas. Ainda assim, foi possível manter o foco nos objetivos essenciais da formação e na qualidade dos cuidados prestados.

Competências do Domínio da Gestão dos Cuidados

No domínio das competências de gestão de cuidados, o Regulamento n.º 140/2019 define que o Enfermeiro Especialista deve otimizar a organização dos cuidados, articular-se eficazmente com a equipa multidisciplinar e adaptar a liderança às características das situações. Durante os estágios em Ortopedia e Medicina, tive oportunidade de desenvolver estas competências de forma progressiva, sempre com supervisão direta dos orientadores e em articulação com a equipa de enfermagem.

Ao longo da prática clínica, colaborei na organização do processo de cuidados, participando na definição das prioridades diárias e na articulação das intervenções de reabilitação com exames, terapias e rotinas do serviço. Esta colaboração permitiu-me compreender melhor a dinâmica organizacional e a importância de ajustar o planeamento às necessidades da pessoa e ao contexto do serviço. Em todas as situações, as decisões eram

discutidas com os orientadores, garantindo que o plano de cuidados se mantinha alinhado com as normas institucionais e com as boas práticas.

No que respeita à gestão dos cuidados de reabilitação, participei na priorização das intervenções, considerando o grau de dependência, o risco de complicações e o potencial de recuperação funcional. Em situações de maior complexidade, como pessoas com AVC ou elevado risco de queda, colaborei na definição de estratégias de mobilização segura, sempre sob supervisão, de forma cada vez mais autónoma. Executei posicionamentos, levantes, transferências e treino com auxiliares de marcha de acordo com os princípios de segurança, esclarecendo dúvidas da equipa sempre que me era solicitado e dentro dos limites da minha formação. A participação numa formação sobre técnicas de mobilização reforçou estas competências, a qual eu irei desenvolver nas competências de mestre (ver anexo VII).

Contribuí ainda para a adequação dos recursos disponíveis, organizando as intervenções de reabilitação em função das prioridades clínicas e do tempo disponível, mas sempre validando estas decisões com os orientadores. Estas experiências permitiram-me desenvolver uma maior capacidade de adaptação ao contexto organizacional, reconhecendo que a gestão de cuidados é um processo partilhado e colaborativo.

No decorrer dos estágios, observei diferentes estilos de liderança entre os profissionais com quem trabalhei. Tive uma orientadora, com vasta experiência, que demonstrava uma liderança segura, comunicativa e altamente articulada com outros profissionais, o que favorecia a fluidez do trabalho em equipa e a resolução rápida de problemas. Já outro orientador, com menos anos de prática e a gerir uma equipa mais recente, evidenciava maior ansiedade em situações de maior pressão. Esta observação permitiu-me refletir sobre como a experiência, a confiança e a estabilidade da equipa influenciam a gestão dos cuidados, a comunicação e o ambiente de trabalho.

Da comparação entre estas duas realidades, retirei aprendizagens relevantes. Compreendi que a liderança não depende apenas do cargo, mas também da experiência, da capacidade de comunicação e da forma como cada profissional gere situações de pressão. Observei que equipas mais estáveis tendem a articular-se de forma mais fluida. Percebi ainda que o posicionamento do enfermeiro líder influencia diretamente a segurança, a organização do trabalho e o bem-estar da equipa, reforçando a importância de uma liderança ajustada ao contexto e às necessidades dos profissionais.

Estas reflexões permitiram-me compreender que, enquanto futura especialista, foi importante desenvolver não apenas competências técnicas, mas também capacidades relacionais, comunicacionais e organizacionais que sustentem uma liderança adaptativa e promotora de qualidade e segurança.

Competências do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

O EEER demonstra capacidade de desenvolver o autoconhecimento, a assertividade e a comunicação, refletindo criticamente sobre a sua prática e ajustando a intervenção às necessidades do contexto. Paralelamente, sustenta a sua praxis clínica em evidência científica atualizada, fundamentando decisões e promovendo a aprendizagem em contexto de trabalho, conforme preconizado no Regulamento n.º 140/2019.

A formação teórica e teórico-prática do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, aliada à pesquisa bibliográfica e à partilha de saberes com enfermeiros orientadores e outros profissionais durante os estágios, foi determinante para o desenvolvimento deste domínio. A motivação pessoal reforçou este percurso, permitindo consolidar competências essenciais ao exercício especializado.

Desenvolvi competências que reforçaram o meu crescimento pessoal e profissional enquanto futura enfermeira de reabilitação. Mantive uma reflexão contínua sobre a minha atuação, reconhecendo competências, limitações e áreas de melhoria. Adotei uma postura de aprendizagem contínua, onde identifiquei necessidades de aprendizagem, procurando ativamente adquirir novos conhecimentos.

Compreendi de forma mais profunda como atitudes, valores e emoções influenciam a relação com os utentes, colegas e outros profissionais.

Demonstrei adaptabilidade às exigências organizacionais, ajustando a intervenção às rotinas do serviço, à articulação com a equipa multidisciplinar e à gestão do tempo, garantindo sempre a segurança dos cuidados.

A minha prática assentou sempre em padrões de conhecimento sólidos, atuais e pertinentes. Procurei fundamentar decisões e intervenções em evidência científica, garantindo uma atuação segura, coerente e alinhada com as exigências da especialidade. Integrei a investigação e a atualização científica como pilares essenciais da minha prática, utilizando estes recursos para melhorar a qualidade dos cuidados.

Assumi também um papel ativo como facilitadora da aprendizagem em contexto de trabalho, partilhando conhecimentos e esclarecendo dúvidas.

Participei na formação “Técnicas de Mobilização à Pessoa com Alteração da Mobilidade”, promovida pelo Núcleo de Enfermeiros Especialistas em Reabilitação, dirigida a Técnicos Auxiliares de Saúde e Assistentes Operacionais (Anexo VII). A ação decorreu no Hospital Ortopédico e integrou conteúdos como mecânica corporal, posicionamento, transferências e simulação prática. A presença de enfermeiros especialistas como formadores proporcionou um ambiente de aprendizagem estruturado, com impacto positivo no desenvolvimento deste domínio de competência. O objetivo desta intervenção foi o de desenvolver competências de comunicação, assertividade e autoconhecimento em contexto formativo, reforçando

simultaneamente a capacidade de transmitir conhecimentos técnicos de forma clara, segura e fundamentada. Pretendi também aperfeiçoar a minha adaptação a diferentes públicos e contextos de ensino, motivo pelo que se enquadra nas competências para o desenvolvimento aprendizagens profissionais e de Mestre.

Participei ativamente na formação, colaborando nas demonstrações práticas, esclarecendo dúvidas dos formandos e apoiando a execução correta das técnicas de mobilização. Mantive uma postura comunicativa assertiva, ajustando a linguagem técnica ao nível de conhecimento dos participantes e garantindo um ambiente seguro durante as simulações.

A experiência permitiu-me aprofundar a consciência sobre o meu estilo comunicacional, reconhecendo a importância da clareza, da assertividade e da empatia na transmissão de conhecimentos. Desenvolvi maior segurança na condução de momentos formativos e fortaleci a capacidade de adaptação a diferentes ritmos e necessidades dos formandos. Esta participação reforçou também o meu autoconhecimento, ao identificar como as minhas atitudes e emoções influenciam o processo de ensino-aprendizagem. Identifiquei a necessidade de continuar a desenvolver competências de liderança pedagógica, sobretudo em situações com grupos maiores ou com participantes com níveis de experiência muito heterogéneos.

Participei em duas atividades comunitárias dirigidas a pessoas idosas, centradas na promoção da mobilidade, prevenção de complicações associadas ao envelhecimento e incentivo a estilos de vida ativos. Estas iniciativas incluíram momentos de educação para a saúde, avaliação funcional e prática de exercícios, integrando princípios fundamentais da ER. Estas atividades tinham o objetivo de promover a atividade física na pessoa idosa e reforçar o papel do EEER na maximização da funcionalidade, autonomia e qualidade de vida. Este objetivo foi operacionalizado através da avaliação, educação, treino e planeamento de programas de exercício estruturados e individualizados, bem como, da sensibilização para a importância da prática regular de atividade física.

Realizamos a avaliação da capacidade funcional dos participantes utilizando a Short Physical Performance Battery (SPPB), permitindo identificar níveis de desempenho, limitações e necessidades específicas. Após a avaliação, houve uma sessão prática de exercícios simples. Estes exercícios foram demonstrados, explicados e ajustados às capacidades individuais, garantindo segurança e promovendo a participação ativa.

A atividade permitiu consolidar competências na avaliação funcional em contexto comunitário, reforçando a importância da utilização de instrumentos validados como a SPPB. Desenvolvi também maior capacidade de adaptar exercícios às necessidades individuais, comunicar de forma clara e motivadora e promover a autoconfiança dos participantes. A

experiência reforçou o papel do ER como agente facilitador da autonomia e da funcionalidade, integrando conhecimento científico, educação e intervenção prática. Foram umas experiências muito enriquecedoras para as minhas competências.

Demonstrei ainda sentido de responsabilidade na aplicação dos protocolos institucionais e na promoção de boas práticas. Desta forma, consolidei uma praxis clínica especializada assente na reflexão crítica, na evidência científica e no compromisso ético, essenciais para a qualidade dos cuidados de ER.

5.2 - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM REABILITAÇÃO

As competências específicas correspondem às capacidades que o enfermeiro especialista desenvolve em resposta às necessidades humanas associadas aos processos de vida e aos problemas de saúde dentro da sua área de especialidade (Regulamento n.º 392/2019).

O Regulamento n.º 392/2019 define três competências específicas em Enfermagem de Reabilitação:

- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Seguidamente, serão apresentadas as competências específicas do EEER, com a respetiva reflexão crítica das intervenções realizadas em cada contexto da prática clínica.

Os estágios desenvolvidos constituíram momentos privilegiados de aprendizagem, potenciadores da aquisição e desenvolvimento de competências específicas do EEER. Nestes contextos, foi possível aplicar conhecimentos teóricos previamente adquiridos em ambiente clínico real.

Cuida de Pessoas com Necessidades Especiais, ao Longo do Ciclo De Vida, em todos os Contextos da Prática de Cuidados

Durante os estágios, foi possível cuidar de pessoas adultas e idosas, hospitalizadas e na comunidade (na consulta pré operatória e na consulta de “sarcorrecuperar”, com necessidades especiais bastantes distintas, no âmbito ortotraumatológico, cardíaco, respiratório e motor. Para o meu estudo, teve ênfase as pessoas hospitalizadas com equilíbrio corporal comprometido.

Para dar resposta às necessidades especiais foi necessária fazer uma avaliação da pessoa e adaptação das intervenções de acordo com o ambiente de cuidados.

Com base na avaliação, concebi de forma tutelada, planos de intervenção orientados para a promoção de capacidades adaptativas, facilitando processos de transição saúde/doença e apoiando a capacitação e o empoderamento do autocuidado. Em Ortopedia, implementei estratégias de reeducação funcional após cirurgia, focadas na mobilidade, força, equilíbrio e prevenção de complicações. Em Medicina, intervim em áreas como a otimização da função cardiorrespiratória, a estimulação cognitiva, a promoção do equilíbrio corporal e a promoção da independência nas atividades básicas da vida diária, integrando sempre as necessidades individuais e o contexto clínico de cada pessoa.

Implementei intervenções planeadas de forma sistemática, com o objetivo de otimizar ou reeducar funções motoras, cardiorrespiratórias, cognitivas e sensoriais. Ensinei, instruí e treinei a utilização de produtos ou dispositivos de apoio, conforme as necessidades existentes, promovi ambientes seguros, pela eliminação de barreiras arquitetónicas, como também a diminuição de fatores de risco.

A avaliação contínua dos resultados permitiu-me monitorizar a evolução das pessoas, ajustar intervenções e reforçar estratégias que promovessem a reintegração e a participação ativa na sociedade. Esta abordagem permitiu-me consolidar uma prática especializada, centrada na pessoa e orientada para ganhos efetivos em saúde.

Monitorizei e registei os resultados das intervenções implementadas. Utilizei indicadores aos cuidados de ER e avaliei os ganhos em saúde. Este processo avaliativo, além de possibilitar a monitorização contínua dos programas de Reabilitação, revelou-se essencial para identificar necessidades de ajuste ou adaptação dos mesmos em função das respostas da pessoa.

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

A análise das problemáticas, ou seja, deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação permitiu-me compreender o impacto destas condições na vida diária e na participação social, reconhecendo a importância de intervenções que integrem não apenas a dimensão clínica, mas também o enquadramento social, político e económico que influencia a inclusão.

Com base nesta compreensão, elaborei e implementei programas de treino de atividades da vida diária, ajustados às limitações de mobilidade e às necessidades específicas de cada pessoa, com o objetivo de maximizar a autonomia e independência. Estas intervenções incluíram estratégias de adaptação, ensino de técnicas facilitadoras e reforço das

capacidades existentes, capacitando para o autocuidado e a confiança na realização das tarefas do quotidiano, segurança e reintegração.

Elaborei e implementei de forma tutelada programas de ER para o treino de atividades de vida. Por exemplo, em doentes submetidos a artroplastia da anca, planeei o treino de levantar seguro respeitando precauções pós-cirúrgicas, ensinei técnicas de vestir com recurso a produtos de apoio, e realizei a instrução e treino de marcha com andarilho, promovendo confiança e segurança. Implementei exercícios de fortalecimento dos membros inferiores, treino de equilíbrio e reeducação da marcha em corredor, com aumento gradual da distância percorrida. Também ensinei e instruí o vestir/despir em posição sentada para promover segurança e com calçadeira com cabo longo. Prática repetida de transferências para diferentes superfícies, simulando o contexto domiciliário.

Promovi igualmente a mobilidade e acessibilidade, ensinando o uso correto de auxiliares de marcha, orientando para a adaptação do domicílio (remoção de tapetes, instalação de barras de apoio) e incentivando a participação ativa nas rotinas familiares.

Em doentes com AVC, estruturei intervenções focadas na facilitação do movimento do hemicorpo afetado, treino de carga, reeducação da transferência cama-cadeira e treino de marcha com apoio unilateral, entre outros.

Ajudei a capacitar as pessoas com limitações físicas, ajudando-os a recuperar o equilíbrio e a consciencialização do risco de quedas, para que possam retomar atividades e exercer a sua cidadania em segurança.

No projeto de intervenção foram incluídas sete pessoas que apresentavam comprometimento do equilíbrio, condição que influenciava diretamente a sua capacidade de realizar o autocuidado, manter a segurança nas tarefas diárias e participar plenamente nas atividades de reintegração social. A minha intervenção procurou fortalecer essas três dimensões, promovendo maior autonomia e independência funcional.

Desta forma, as minhas intervenções não se limitaram à recuperação funcional, mas também a capacitar a pessoa para retomar papéis sociais, familiares e comunitários, contribuindo para uma reintegração mais autónoma, segura e inclusiva na sociedade.

Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Considerando a maximização da funcionalidade como um dos seus princípios orientadores, o EEER contribui para o desenvolvimento das capacidades individuais através da implementação de programas de reabilitação focados no treino motor e prevenção de quedas, contribuindo para a recuperação da autonomia e independência (Regulamento n.º 392/ 2019).

As minhas intervenções foram orientadas para o desenvolvimento de planos personalizados, para a maximização da funcionalidade e promoção da autonomia das pessoas (ver apêndices I a VII), promovendo o desenvolvimento das suas capacidades motoras e cardiorrespiratórias.

A interação próxima com cada pessoa permitiu-me compreender as suas limitações, potencialidades e objetivos, criando condições para um acompanhamento individualizado e centrado na pessoa, com motivação e reforço da autonomia. Com base nesta avaliação, concebi e implementei (de forma tutelada) programas de treino motor e/ou cardiorrespiratório ajustados às necessidades específicas de cada situação clínica, promovendo ganhos progressivos em força, equilíbrio, mobilidade, resistência e eficiência respiratória. Alguns exemplos:

- Com recurso a estratégias adaptativas e treino de equilíbrio e motor, uma pessoa que não conseguia comer sozinha, conseguiu começar a segurar no copo/ taça e a ser independente nesta tarefa, assim como, no vestir e abotoar a camisa;
- Implementei treino de resistência postural que permitiu aumentar o tempo de permanência sentado, com equilíbrio estático e dinâmico, promovendo maior participação em atividades numa pessoa que tolerava estar sentado por pouco tempo;
- Ensinei estratégias e instruí/ treinei o equilíbrio postural, contribuindo para a pessoa com dependência para se sentar na cama, adquirisse postura e equilíbrio corporal.

Esta abordagem dinâmica e ajustada garantiu intervenções mais eficazes e alinhadas com os resultados esperados e de acordo com o projeto individual de saúde, contribuindo para maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades de cada pessoa cuidada.

Em ambos os contextos de estágio, realizei avaliação contínua, considerando ganhos ao nível da força, equilíbrio, coordenação, controlo postural e independência. Com base na análise dos resultados e na resposta individual ao treino, procedi à reformulação dos programas com supervisão do orientador, ajustando intensidade, volume, complexidade e objetivos, em articulação com a equipa multidisciplinar. Esta intervenção dinâmica e centrada na pessoa permitiu potenciar a recuperação funcional e promover maior independência.

Os resultados do estudo a sete pessoa com equilíbrio comprometido, reforçam a necessidade de uma avaliação sistemática do equilíbrio, da força muscular, da independência nas atividades de vida e do risco de queda, recorrendo a instrumentos validados. Sugerem contributos da enfermagem de reabilitação na promoção do equilíbrio corporal e na prevenção de quedas, através da melhoria da funcionalidade nas atividades de vida diária, do aumento da força muscular e da redução do risco de queda em vários casos.

5.3 - COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

O Decreto-Lei n.º 65/2018, no seu artigo 15.º, define o conjunto de competências que caracterizam o perfil do mestre no ensino superior português. No entanto, mais do que enumerar essas competências, importa evidenciar como elas foram mobilizadas, problematizadas e aprofundadas ao longo do desenvolvimento do projeto de intervenção.

Assim, esta secção organiza-se em três eixos que traduzem o percurso formativo vivido: a integração de conhecimento e tomada de decisão no projeto; a produção, transferência e comunicação do conhecimento; e a aprendizagem autónoma associada ao reposicionamento crítico da prática.

Integração de conhecimento e tomada de decisão no projeto

Uma das etapas para a aquisição das competências de mestre reflete-se na realização do projeto de intervenção, caracterizado pelas suas várias etapas, nomeadamente a construção, implementação, avaliação dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação e posterior disseminação de informação.

Ao iniciar o projeto, percebi que integrar conhecimento não é apenas aplicar o que já se sabe, é um confronto com dúvidas, limites e escolhas que por vezes nem sempre são as mais óbvias, houve momentos em que precisei de reinterpretar dados e voltar à literatura. Cada decisão foi acompanhada por um processo de reflexão crítica, centrado na fundamentação das opções tomadas. Este processo obrigou-me a ajustar estratégias, reformular etapas e consentir que o projeto é um processo em constante evolução, que se transforma à medida que o contexto se revela. Em diversos momentos, reconheci o desenvolvimento da minha capacidade de tomada de decisão consciente, sustentada na fundamentação e no sentido de responsabilidade, em detrimento da impulsividade.

Adquiri e aprofundei conhecimentos, alguns já incluídos na parte curricular, como a Investigação, Formação e os específicos de Enfermagem de Reabilitação. Utilizei e apliquei as evidências mais recentes sobre a ER e o equilíbrio corporal para as intervenções do meu projeto. Integrei conhecimentos na minha prática, lidei com questões complexas, considerando sempre as implicações éticas e sociais. Avaliei os resultados das intervenções realizadas, como a melhoria do equilíbrio e redução do risco de queda, e adaptei as práticas conforme os dados obtidos. Realizei uma análise reflexiva contínua das intervenções realizadas, ajustando-as conforme os resultados obtidos em tutoria com os respetivos orientadores.

Produção, transferência e comunicação do conhecimento

Ao longo do projeto, fui percebendo que produzir conhecimento não é apenas recolher dados, é particularmente dar-lhes significado. A análise dos resultados levou-me a questionar

práticas e a reconhecer oportunidades de melhoria. Em alguns momentos, surgiram sentimentos de insegurança, traduzidos na dúvida quanto à clareza da comunicação e à relevância da informação transmitida.

O desenvolvimento do projeto exigiu a articulação contínua entre conhecimento teórico, evidência científica e análise do contexto. Mais do que aplicar conteúdos previamente adquiridos, foi necessário identificar necessidades, interpretar a realidade, analisar opções disponíveis e justificar a escolha efetuada em cada caso. Durante o processo, deparei-me com situações que exigiram ajustes metodológicos, redefinição de estratégias e reavaliação de prioridades. Esta dinâmica permitiu-me reconhecer que a tomada de decisão em ER é um processo fundamentado, reflexivo e interativo, no qual o raciocínio clínico e a capacidade de antecipar consequências têm um papel fundamental.

Assim, este eixo evidencia não apenas o que foi feito, mas sobretudo como pensei, questionei e reconstruí o percurso, consolidando competências avançadas de análise e intervenção.

Este processo obrigou-me a ser mais crítica, mais sistemática e mais consciente das decisões tomadas, reforçando a importância da qualidade da evidência e da transparência na produção de conhecimento.

Produzir conhecimento científico atualizado e baseado na evidência foi uma parte muito significativa do meu percurso, tanto através do relatório como da elaboração dos pósteres (ver Anexo VII). A participação na construção dos pósteres sobre “o impacto da enfermagem de reabilitação na promoção do autocuidado na pessoa com DPOC (Scoping Review)”, sobre “o exercício físico na promoção da independência funcional em idosos institucionalizados”, e sobre o “projeto de controlo da tuberculose – integração de cuidados”, permitiu-me mobilizar e articular diferentes competências. Estas atividades foram momentos em que houve a necessidade de transformar informação em conhecimento útil, de fazer pontes entre a teoria e a prática e de comunicar de forma clara o que era relevante para a melhoria dos cuidados.

Também as duas atividades dirigidas à promoção da atividade física na pessoa idosa, descritas anteriormente, foram particularmente gratificantes. Nelas percebi, de forma muito concreta, como o conhecimento que produzo e aplico pode ter impacto direto na vida das pessoas, daí estar também mencionada na competência produção, transferência e comunicação do conhecimento, assim como, a participação na formação intitulada “*Técnicas de mobilização à pessoa com alterações da mobilidade*”, (ver anexo VII). A capacidade de transmitir orientações claras, fundamentadas e ajustadas ao nível de literacia dos participantes é determinante para promover práticas seguras.

Aprendizagem autónoma associada ao reposicionamento crítico da prática

Num contexto de rápida evolução científica e tecnológica, a capacidade de atualizar conhecimentos, refletir criticamente sobre a própria prática e procurar novas aprendizagens tornou-se essencial.

Este projeto obrigou-me a assumir um papel mais ativo na minha própria aprendizagem. Procurei fontes, explorei metodologias, solicitei apoio sempre que necessário e compreendi que o desconhecido representa uma oportunidade de crescimento, e não uma ameaça. Ao mesmo tempo, experienciei um confronto com a minha prática, incluindo hábitos estabelecidos, ações nunca questionadas e áreas suscetíveis de melhoria.

A consolidação de uma postura crítica foi gradual, composta por experiências e reflexões que estimularam a aprendizagem. Percebi que ser mestre não é saber tudo, mas sim ter a coragem de olhar para o que fazemos com humildade e o desejo constante de evoluir.

Desenvolvi competências para uma aprendizagem autónoma e auto-orientada na área da reabilitação e investigação, com um pensamento crítico, reflexivo e autónomo na prática profissional, consciente das minhas limitações, nunca por isso desistindo dos meus objetivos.

CONCLUSÃO

O presente relatório permitiu analisar os contributos da Enfermagem de Reabilitação na promoção do equilíbrio corporal da pessoa hospitalizada, bem como refletir criticamente sobre o desenvolvimento de competências comuns, específicas e de mestre ao longo do percurso formativo.

Reconheço que cada etapa contribuiu de forma significativa para o desenvolvimento das minhas competências e para a consolidação da minha identidade profissional. As aprendizagens construídas ao longo deste processo nos diferentes contextos de prática, nos trabalhos académico e o projeto de intervenção, permitiram-me aprofundar conhecimentos, fortalecer a análise crítica e aplicar saberes de forma cada vez mais consciente e fundamentada.

O Relatório Final de Estágio, em particular, representou uma oportunidade para integrar e refletir sobre estas experiências, evidenciando como o projeto de intervenção se tornou um eixo central na articulação entre teoria, prática e crescimento pessoal, marcando de forma profunda o meu percurso formativo.

A diversidade dos contextos reforçou a necessidade de ajustar continuamente a avaliação, a intervenção e a priorização dos cuidados às necessidades funcionais da pessoa e às condições reais dos serviços.

Por outro lado, tendo em conta o tema e os objetivos propostos para o projeto de intervenção, recorreu-se à estratégia de estudos de caso, realizados em contexto de ensino clínico. Foram selecionados sete participantes, numa amostra não probabilística, que permite compreender o equilíbrio comprometido na pessoa hospitalizada, mas limita a generalização dos achados.

A integração das abordagens teóricas de Orem e Meleis permitiu sustentar uma prática de enfermagem centrada na pessoa e orientada para a promoção da autonomia e da independência funcional. A teoria do Autocuidado de Orem ofereceu o enquadramento necessário para identificar necessidades de apoio, capacitação e educação da pessoa ao longo do processo de reabilitação. Paralelamente, a teoria das Transições de Meleis possibilitou compreender e interpretar as mudanças vivenciadas durante o percurso de recuperação e reintegração funcional, destacando os fatores que facilitam ou dificultam essa adaptação. A articulação destas duas perspetivas teóricas reforçou a coerência das intervenções implementadas e contribuiu para uma prática mais fundamentada e sensível às necessidades individuais.

O presente estudo tendo em conta o objetivo geral, procurou-se, em primeiro lugar, maximizar a capacidade da pessoa para a promoção do equilíbrio estático e dinâmico, em posição de sentado e em ortostatismo, o que se confirmou pelos ganhos observados na Escala de Equilíbrio de Berg e pela melhoria do equilíbrio nas diferentes posições avaliadas.

Em segundo lugar, pretendeu-se capacitar a pessoa para a consciencialização da relação entre o equilíbrio corporal comprometido e o risco de queda, tendo sido desenvolvidas intervenções educativas específicas sobre estratégias de segurança, utilização de ajudas técnicas e prevenção de quedas, tanto em contexto hospitalar como para uma transferência segura para o domicílio/ outra instituição.

Por fim, visou-se identificar os contributos da enfermagem de reabilitação na promoção do equilíbrio corporal e na prevenção de quedas, o que nos casos estudados, observou-se evolução favorável ao nível da funcionalidade, da força muscular e, em vários participantes, da redução do risco de queda, sugerindo contributo clínico positivo das intervenções de Enfermagem de Reabilitação.

Globalmente, os resultados sugerem evolução favorável nos participantes acompanhados, com ganhos observados ao nível do equilíbrio, da funcionalidade e, em parte dos casos, da redução do risco de queda. Ainda que com magnitude distinta entre participantes, os dados reforçam a importância de intervenções individualizadas, sistematicamente avaliadas e ajustadas à condição clínica e funcional de cada pessoa.

Recorreu-se à utilização de instrumentos validados para avaliar o equilíbrio, a funcionalidade, a força muscular e o risco de queda, bem como a integração de intervenções estruturadas de reeducação funcional motora e educação para a prevenção de quedas. Os resultados reforçam a importância de avaliações sistemáticas e intervenções personalizadas na promoção do equilíbrio e prevenção de quedas.

Apesar das limitações inerentes à reduzida dimensão da amostra e à natureza contextual do projeto, os achados sustentam a relevância da avaliação funcional sistemática e da intervenção especializada de Enfermagem de Reabilitação na pessoa hospitalizada com equilíbrio corporal comprometido, apontando para a necessidade de continuidade deste investimento na prática clínica e em futuros trabalhos com maior robustez metodológica.

São igualmente reconhecidas algumas limitações pessoais, nomeadamente o facto de os ensinamentos clínicos terem decorrido em simultâneo com a minha carga laboral. Durante este período, desempenhei funções no meu serviço, onde mantenho projetos em desenvolvimento e integro vários grupos de trabalho. Esta sobreposição de responsabilidades exigiu uma gestão rigorosa do tempo e do desempenho, representando um desafio adicional ao longo do percurso formativo. O facto de os orientadores também estarem envolvidos em projetos e terem de estar na gestão, também pode ter condicionado o meu projeto.

Ao longo do processo, mantive uma atitude reflexiva, avaliando continuamente os resultados das decisões tomadas e identificando oportunidades de melhoria, o que contribuiu para o desenvolvimento de uma prática profissional mais consciente, crítica e ética.

Garanti um ambiente seguro, implicando a implementação de medidas preventivas, a monitorização sistemática de riscos e a promoção de uma cultura organizacional que valoriza a segurança como elemento indissociável da prestação de cuidados.

Estas experiências reforçaram a compreensão de que a reabilitação é um processo contínuo, que exige sensibilidade clínica, capacidade de adaptação e compromisso com a melhoria contínua. Todas as atividades desenvolvidas contribuíram para o fortalecimento de uma prática profissional autónoma, crítica e baseada na evidência, alinhada com as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

No que concerne às Competências de Mestre, foram desenvolvidas no decorrer do mestrado, implementei nos estágios um projeto de enfermagem de reabilitação, “A pessoa com equilíbrio corporal comprometido – Contributos da Enfermagem de Reabilitação”.

Considera-se que os objetivos definidos para a elaboração deste relatório foram alcançados. Procedeu-se à contextualização da temática através de pesquisa bibliográfica atualizada e da integração dos modelos teóricos de Orem e Meleis, que sustentaram a construção e fundamentação da estratégia de intervenção. Foram desenvolvidos e implementados programas de Reabilitação dirigidos à pessoa hospitalizada com comprometimento do equilíbrio corporal, permitindo a identificação de resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, avaliados mediante a aplicação de escalas específicas.

Por fim, foi realizada uma reflexão crítica sobre as competências adquiridas (comuns, específicas e de mestre) ao longo deste percurso, permitindo identificar a evolução pessoal e profissional decorrente das experiências vivenciadas nos diferentes contextos de prática.

Este percurso contribuiu significativamente para a aquisição de competências necessárias para o meu futuro exercício enquanto EEER, fortalecendo a base que sustentará a minha prática profissional especializada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aflalo, J., Truong, C., Nicolai, A., Gouzer, L., Morisset, B., Bertin-Hugault, F., Ricard, D., & Quijoux, F. (2026). Impact of sensory afferences in postural control quantified by force platform in healthy older adults: Systematic review and meta-analysis. *Experimental Gerontology*, 213, 112976. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2025.112976>
- Alcobia, A., Ferreira, R., Soares, M. & Vieira, J. (2019). Nursing rehabilitation for elderly people with committed floor, *Journal of Aging & Innovation*, 8 (2), 28- 43 <https://journalofagingandinnovation.com/pt-pt/manuscritos/3064/>
- Apóstolo, J. L. A. (2012). *Instrumentos para avaliação em geriatria*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros; https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf
- Batista, D. & Livramento, R. (2023) - A intervenção com exercícios de equilíbrio na prevenção de quedas de idosos: revisão de literatura – revista *Foco*.16(12). <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v16n12-013>
- Baptista, F., & Carnide, F. (2025). *Prevenção da sarcopenia, da fragilidade e de quedas: Estratégias para a intervenção* (1.ª ed.). Lidel.
- Belo Fernandes, J.S., Lourenço, M. C., & Nabais, A.S.C. (2020). Intervenções do enfermeiro de reabilitação que previnem a ocorrência de quedas na pessoa idosa: Revisão Scoping. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 3(1), 57–63. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.7.5761>
- Conselho Internacional de Enfermeiros [CIE], (2019) - Browser Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão 2019. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto da Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República I Série, n.º 157. <https://dre.pt/application/conteudo/116068879>
- Deodato, S. (2016). Ética nos cuidados de enfermagem de reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Orgs.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (1.ª edpp. 35–39). Lusodidacta.

- Direção-Geral de Saúde (DGS). (2019, 9 de dezembro). *Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares* (Norma nº 008/2019). <https://normas.dgs.min-saude.pt/2019/12/09/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares/>
- Direção-Geral de Saúde (DGS). (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030*. https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao editada-1_Final_DGS.pdf
- Espinoza-Araneda, J., Bravo-Carrasco, V., Álvarez, C., Marzuca-Nassr, G. N., Muñoz-Mendoza, C. L., Muñoz, J., & Caparrós-Manosalva, C. (2022). Postural balance and gait parameters of independent older adults: A sex difference analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7), 4064. <https://doi.org/10.3390/ijerph19074064>
- Fortin, M. F., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Frias, A., Caldeira, E., Moreira, J., Nogueira, M.J. & Mendonça, S. (2022). *Normas de elaboração de trabalhos escritos*. Universidade de Évora/ Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, (pp 1-41).
- Garcia, S., Cunha, M., & Novo, A. (2021). Programa de treino de equilíbrio para pessoas idosas. In O. Ribeiro (Coord.), *Enfermagem de reabilitação: Conceções e práticas* (pp. 494–508). Lidel
- Gouveia, A, Severino, S. & Sousa, L. (2025) - Transitions theory as a theoretical framework to support Rehabilitation Nursing in an orthotrauma context. *Rehabilitation and Sports Medicine* <https://doi.org/10.56294/ri2025112>
- Herzog, P. J., Herzog-Zibi, R. D. L, Mattmann, M., Möri C., Mooser B., Inauen J., Aubert C.E (2023). Perspectives of patients and clinicians on older patient mobility on acute medical wards: A qualitative study. *BMC Geriatrics*, 23, Article 558. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04226-0>
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA) (2024). *Envelhecimento e Saúde: Caracterização da saúde da população idosa em Portugal*. Departamento de Epidemiologia. <https://www.insa.pt/2024/07/08/envelhecimento-e-saude-caracterizacao-da-saude-da-populacao-idosa-em-portugal/>
- Januário, F., & Amaral, C. (2010). Fisiologia do equilíbrio. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*, 19(2), 31–37.
- Lima, A., Martins, M., Ferreira, M., Fernandes, C., Schoeller, S., & Parola, V. (2022). *Do conceito de independência ao questionamento do seu uso na prática: Scoping Review*. *Enfermería Global*, 21(65), 625–654. <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/444151>

- Lima, R. V., Teixeira, R. C., Santos, T. O. C. G., Andrade, A. G. S., Mendonça, X. M. F. D., & Moraes, P. M. O. (2021). Analysis of evidence on knowledge of the risks of falling in hospitalized patients. *Research, Society and Development*, 10(17), e145101724627. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i17.24627>
- Limão, R. P., & Martins, R. M. (2021). Efetividade de programas de enfermagem de reabilitação no equilíbrio, marcha e independência funcional em idosos hospitalizados. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(8), e20205. <https://doi.org/10.12707/RV20205>
- Liu, Z., Wang, Q., Sun, W., & Song, Q. (2023). Balancing sensory inputs: Somatosensory reweighting from proprioception to tactile sensation in maintaining postural stability among older adults with sensory deficits. *Frontiers in Public Health*, 11, 1165010. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1165010>
- Lourenço, M., Faria, A., Ribeiro, R., & Ribeiro, O. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema musculoesquelético. In O. Ribeiro (Org.), *Enfermagem de reabilitação: Conceções e práticas* (1.^a ed., pp. 281–289). Lidel.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: Development and progress* (5th ed.). Lippincott Williams & Wilkins
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos Valores Normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse*, 9(2), (pp. 10-16). https://www.sinapse.pt/archive_detail.php?id=18
- Nascimento, L. R. P. (2020). A enfermagem de reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(1), 65-74. <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/download/132/85/139>
- Oliveira, P. C. F. A. (2021). *O equilíbrio corporal dos idosos – Um foco na intervenção dos enfermeiros de reabilitação* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/39499>
- Oliveira, R., Ramos, O., Capelo, J., & Chamusca, D. (2023). Medo de cair na pessoa idosa em meio hospitalar: Protocolo de scoping review. *Pensar Enfermagem*, 27(1), 45–51. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.259>
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação (pp. 1–19). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto4_regulamento-dos-padrões-qualidade-ceer.pdf

- Ordem dos Enfermeiros (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9811/docinstrurecolhadadosenfreamreabilitação_vf.pdf
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6h edição). Mosby.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2025). *Health at a Glance 2025: OECD Indicators* (pp. Demographic trends). OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en>
- Patti, A., Fischetti, F., Sahin, F. N., & Bianco, A. (2023). Editorial: Postural control, exercise physiology and the balance training—type of exercises, mechanisms and insights. *Frontiers in Physiology*, 14, 1149733. <https://doi.org/10.3389/fphys.2023.1149733>
- Pereira, S. I. G. (2019). *Reabilitar a pessoa com equilíbrio corporal comprometido: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal. <http://hdl.handle.net/10400.26/29462>
- Pordata. (2024, 11 de julho). *Pordata retrata perfil da população portuguesa*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. https://ffms.pt/sites/default/files/2024-07/PR%20DIA%20POPULA%C3%87%C3%83O%202024_VF.pdf
- Prusch, S. K. ., Barbosa, I. M., Santos, E. J. M. dos, & Lemos, L. F. C. . (2021). *Controle postural e o envelhecimento*. *Corpoconsciência*, 25(2), 236-251. <https://doi.org/10.51283/rc.v25i2.12702>
- Regulamento n.º 140/ 2019 de 6 de fevereiro. (2019). Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II Série, n.º 26 (6/2/2019). 4744-4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 392/2019 de 3 de maio. (2019). Ordem dos enfermeiros. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República II Série, n.º 85 (3/5/2019). 13565-13568. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>
- Ribeiro, O., Moura, M., & Ventura, J. (2021). Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Org.), *Enfermagem de reabilitação - Conceções e práticas* (pp. 48–55). Lisboa: Lidel.
- Rocha, I. de J., Martin Bravo, M. F., Mota Sousa, L. M., Nunes Mesquita, A. C., & Carlos Pestana, H. C. F. (2020). Intervenção do enfermeiro de reabilitação no ganho de equilíbrio postural na pessoa após acidente vascular cerebral: Estudo de caso. *Revista Portuguesa*

- de *Enfermagem de Reabilitação*, 3 (Supl. 1), 5–17.
<https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s1.1.5755>
- Rodrigues, P. (2023). *A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência funcional* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal.
<https://comum.rcaap.pt/bitstreams/f5086cbe-e902-4140-b0f1-30b1d3d0031e/download>
- Santos, L. G. S., Franco, R. G., Tavares, N. C., Rodrigues, C. S., & Pereira, E. N. (2023). *Artroplastia total de quadril e joelho: Uma revisão das técnicas cirúrgicas, materiais utilizados e resultados a longo prazo das artroplastias total de quadril e joelho*. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 5(5), 485–497.
<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n5p485-497>
- Santos, M. C. F., Bittencourt, G. K. G. D., Beserra, P. J. F., & Nóbrega, M. M. L. (2022). Teoria geral do autocuidado segundo o modelo de análise de teorias de Meleis. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(7), 45-58. <https://doi.org/10.12707/RV21047>
- Saumur, T. M., Gregor, S., Mochizuki, G., Mansfield, A., & Mathur, S. (2020). The effect of bed rest on balance control in healthy adults: A systematic scoping review. *Journal of Musculoskeletal & Neuronal Interactions*, 20(1), 101–113.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7104588/>
- Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Barbosa, L., Araújo, T., Ribeiro, O., & Bettencourt, M. (2019). Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para Enfermagem de Reabilitação. *Revista Investigação em Enfermagem*, 26(2), 35–44.
https://www.sinaisvitalis.pt/images/stories/Rie/RIE26_s2.pdf
- Sousa, L., Martins, M., & Novo, A. (2020). Rehabilitation Nursing in Person's Empowerment and Training in Health-Disease Transition Processes. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 64–69. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.3>
- Storm Piper, K., Oxfeldt, M., Pedersen, M. M., Christensen, J., & Merete P. M. (2024). Hospital-induced immobility – a backstage story of lack of chairs, time, and assistance. *BMC Geriatrics*, 24, Article 704. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05286-6>
- Teixeira, C. ., Martins, G., Guiomar, J., Paraíso, M., & Guerr, M. (2023). Enfermagem e seus metaparadigmas. *Servir*, 2(01e), 80. <https://revistas.rcaap.pt/servir/article/view/31613>
- Teixeira, M. (2020). *Efeito de uma intervenção de enfermagem de reabilitação no equilíbrio funcional e no risco de queda de idosos institucionalizados* (Dissertação de mestrado). Instituto Politécnico de Bragança. <http://hdl.handle.net/10198/23122>
- Van de Griendt, S., Boelens, C., Van der Schaaf, M., Van der Wouden, L., & Meijer, K. (2022). Facilitators and barriers to enhancing physical activity in older patients during acute

hospital stay: A systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 19, Article 13. <https://doi.org/10.1186/s12966-022-01330-z>

Vilelas, J. (2017). *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento* (2.^a ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

APÊNDICES

Apêndice I - Descrição do caso 1

Indivíduo do género feminino, 73 anos de idade, casada, vive numa moradia com o marido, com nível de escolaridade de 4 anos.

Como antecedentes pessoais salienta-se Hipertensão Arterial, Diabetes tipo 2 e uma intervenção cirúrgica em 2024, para colocação de uma Prótese Total da Anca (PTA) à esquerda.

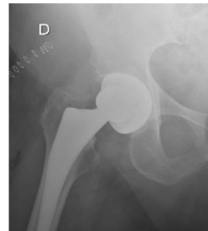
O motivo de internamento foi apresenta uma coxartrose à direita, para ser submetida a uma Artroplastia Total da Anca (ATA) à direita.

Foi realizada uma consulta de enfermagem de reabilitação pré operatória, antes do internamento, 3 sessões de enfermagem de reabilitação no internamento e uma consulta de follow up uma semana após a alta. Foi para o domicílio, mas com continuação de reabilitação.

Imagem radiológica:



Coxartrose



PTA

Plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Foco: Movimento muscular		
Diagnóstico	Objetivo	Intervenção de ER
Movimento muscular diminuído (membro inferior direito)	- Maximizar força muscular no membro inferior direito; - Manter a força muscular nos membros não operados; - Manter mobilidade osteoarticular nos quatro membros	- Monitorizar a força muscular através da escala <i>Medical Research Council</i> (MRC); - Executar técnica de exercício muscular e articular passivo no membro inferior direito, 2 séries de 5 repetições em sentido distal para proximal; - Executar técnica de exercícios isométricos com rolo na região poplíteia, 2 séries de 5 repetições; - Executar técnica de exercício muscular e articular ativos-resistidos no membro inferior esquerdo, 2 series de 5 repetições em sentido distal para proximal. - Executar técnica de exercício muscular ativo de flexão e extensão da tibiotársica, 2 séries de 10 repetições; - Executar técnica de exercício muscular e articular ativos no membro inferior direito, 2 series de 10 repetições (3º dia pós-operatório); - Incentivar técnica de exercício muscular e articular ativos nos outros membros.
Avaliação	1ª avaliação - Foi feito uma avaliação com a escala MRC – Apresentava 3/5 no membro inferior direito e 5/ 5 nos restantes membros Sem dor e rigidez osteoarticular em repouso ou em movimento.	

	Última avaliação – Reavaliada escala MRC – Aumentou para 4/5 no membro intervencionado os outros mantiveram a força 5/5. Ganhos: Aumentou a força do membro operado de 3 para 4. Sem rigidez osteoarticular.	
Diagnóstico secundário Dimensão: conhecimento Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular	- Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular; - Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular; - Melhorar o conhecimento.	- Avaliar a aprendizagem sobre técnicas de exercício muscular e articular; - Ensinar sobre exercícios musculares e articulares descritos anteriormente; - Avaliar o conhecimento sobre prevenção de complicações como luxação da prótese; - Entrega de folhetos informativo.
Avaliação	1ª avaliação - Pessoa muito recetiva e colaborante com histórico de artroplastia contralateral. Apresenta ligeira desorientação na lateralidade dos cuidados devido à memória motora prévia. Necessita de reforço verbal e visual para focar as precauções. Última avaliação – Possui Conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular. Ganhos : Conhecimento demonstrado.	
Diagnóstico secundário Dimensão: Aprendizagem de capacidades Potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular.	Objetivo -Avaliar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular; -Avaliar o potencial para melhorar a capacidade para a técnica de exercício muscular e articular; - Melhorar a capacidade para realizar exercícios musculares e articulares.	Intervenção de ER - Instruir exercícios musculares e articulares descritos anteriormente; - Treinar exercícios musculares e articulares descritos anteriormente; -Incentivar técnicas de exercício muscular e articular que consegue executar .
Avaliação	1º avaliação – Muito recetiva à instrução e treino dos respetivos exercícios. Apresenta ligeira confusão na lateralidade dos cuidados devido à memória motora prévia Última avaliação – A pessoa demonstra capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular. Ganhos: Capacidade demonstrada	
Foco: equilíbrio corporal		
Diagnóstico	Objetivo	Intervenção de ER
Equilíbrio corporal comprometido	Melhorar o equilíbrio corporal; Prevenção de quedas.	- Monitorizar equilíbrio corporal (escala de Berg) - Estimular o equilíbrio; -Avaliar o equilíbrio corporal (estático/dinâmico/sentado/ortostático); - Realização de exercícios no leito (ponte com auxílio do triangulo que está pendurado na cama, de forma a evitar movimentos luxantes; - Executar técnicas de treino de equilíbrio estático e dinâmico sentado; - Aplicar estratégias de correção postura (colocar-se junto ao lado oposto ao desequilíbrio, utilizar estímulos táteis, tocar no ombro homolateral ao desequilíbrio, recurso ao espelho);

		- Treino de equilíbrio ortostático: levantar e sentar, inicialmente com ajuda e gradualmente com ajuda mínima; - Incentivar a treinar o equilíbrio corporal, com movimentos seguros.
Avaliação	1º avaliação – Avaliação da Berg (8/56) Equilíbrio diminuído. Tinha equilíbrio corporal sentado e em pé estático. Equilíbrio comprometido dinâmico sentado em grau reduzido. Equilíbrio corporal dinâmico na posição ortostática comprometido a nível elevado, necessitando de apoio bilateral. Última avaliação – A escala de Berg (24 /56). Ainda dá um equilíbrio comprometido. Existem certos movimentos “proibidos” para a realização da escala, o que influencia a sua avaliação. Tem equilíbrio estático sentado e em pé, dinâmico sentado, O dinâmico em pé utiliza canadianas condição necessária devido à sua intervenção, mas fá-lo com equilíbrio.	
Diagnóstico secundário Dimensão: conhecimento Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de equilíbrio corporal	Objetivo Melhorar o conhecimento sobre a técnica do equilíbrio corporal estático e dinâmico	Intervenção de E.R - Avaliar o conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal (correção postural, equilíbrio estático e dinâmico); - Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica de treino de equilíbrio; - Ensinar sobre técnica de equilíbrio postural descrito anteriormente; - Ensinar sobre a condição da pessoa; - Avaliar a consciencialização da relação entre equilíbrio comprometido e risco de queda.
Avaliação	1ª avaliação –Tem potencial para adquirir conhecimentos, muito empenhada. Apresentou desde o início consciencialização da relação entre equilíbrio comprometido e risco de cair. Última avaliação– Conhecimento sobre a técnica do equilíbrio corporal demonstrado.	
Diagnóstico secundário Dimensão: aprendizagem de capacidades Potencial para melhorar a capacidade para a técnica de equilíbrio	Objetivo - Melhorar a capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal.	Intervenção de E.R - Avaliar a capacidade para executar técnicas de equilíbrio corporal (correção postural, oscilação de tronco); - Avaliar o potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas de equilíbrio corporal; - Instruir sobre técnicas para aumentar o equilíbrio corporal; - Incentivar a técnicas de equilíbrio corporal; - Treinar o equilíbrio corporal.
Avaliação	1 º avaliação – Necessita de ajuda para realizar a técnica de equilíbrio. Mas com potencial. Última avaliação – Executa os exercícios de equilíbrio estático e dinâmico, com recursos a dispositivos. Ganhos: Capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal demonstrado.	
Foco: Andar		
Diagnóstico de enfermagem	Objetivo	Intervenções de E.R.

Andar comprometido	- Melhorar a capacidade para andar; - Andar de forma independente com auxiliar de marcha; - Promover a segurança.	- Incentivar a pessoa a andar; - Assistir a pessoa a andar; - Avaliar a capacidade para andar; - Instruir e treinar o andar com auxiliar de marcha (andarilho e canadianas) - Ensinar/ Instruir e treinar o subir e descer as escadas; - Assistir a pessoa a subir e descer escadas.
Avaliação	1 avaliação – Foi necessária ajuda unilateral, inicialmente com andarilho e depois com canadianas. Última avaliação -Tem um andar com auxiliar de marcha eficaz com estabilidade postural, alternância adequada dos pés. Subiu e desceu escadas com supervisão. Anda com canadianas de forma independente. Ganhos: Independência no andar com auxiliar de marcha.	
Diagnóstico secundário Dimensão: conhecimento Potencial para melhorar o conhecimento sobre o andar	Objetivo - Melhorar o conhecimento sobre o andar.	Intervenção de E.R - Ensinar técnicas de adaptação para andar;
Avaliação	1º Avaliação– Feito reforço do ensino sobre andar com auxiliar de marcha e medidas de segurança. Avaliação final – Conhecimento de utilização de auxiliares de marcha demonstrados. ganhos- Conhecimento sobre técnicas de adaptação para andar demonstrado.	
Diagnóstico secundário Dimensão: aprendizagem de capacidade -Potencial para melhorar a capacidade para andar	- Melhorar a capacidade para andar;	- Instruir a andar com auxiliar de marcha – andarilho/ canadiana; - Treinar a andar com a auxiliar de marcha;
Avaliação	1º avaliação –Foi instruída e treinou a andar com andarilho e depois com canadianas. Fornecido folhetos informativos. Por vezes confunde-se qual o lado operado, coloca-se na posição vertical, sustenta o corpo com equilíbrio comprometido. Última avaliação– Consegue andar com canadianas, subir e descer escadas, com supervisão. Ganhos - Capacidade para andar demonstrada, necessita apenas de supervisão.	
Foco: Transferir-se		
Diagnóstico de enfermagem	Objetivo	Intervenções de E.R.
- Transferência comprometida em grau reduzido	- Capacitar a pessoa para transferir-se com independência. - Manter a segurança da pessoa.	- Avaliar o transferir-se; - Incentivar o transferir-se; - Planear o transferir-se; - Assistir a pessoa a transferir-se; - Ensinar, instruir e treinar o transferir-se,

Avaliação	1 avaliação - necessidade de auxílio de uma pessoa; Última avaliação - Independente na transferência, só precisa de supervisão.	
Foco: Posicionar-se		
Diagnóstico de enfermagem	Objetivos	Intervenções de E.R.
Posicionar-se comprometido em grau reduzido Posicionar-se de forma independente	- Capacitar a pessoa para o posicionamento seguro, evitar luxação da prótese;	- Ensinar, instruir e treinar posicionamentos seguros, no leito e sentado. Recurso a almofada triangular.
Avaliação	1 avaliação – Já possuía conhecimentos sobre posicionamentos seguros, que foram reforçados; Última avaliação - Posicionar-se de forma independente, em segurança. Ganhos - Conhecimentos e capacidades demonstrados.	
Foco: Autocuidado higiene		
Diagnóstico de enfermagem	Objetivo	Intervenções de E.R.
Realizar a higiene, dependente em grau reduzido	- Avaliação da capacidade para realizar a sua higiene; - Ensinar/ Instruir/ treinar estratégias adaptativas.	- Avaliação da capacidade para realizar a sua higiene; - Ensinar/ Instruir/ treinar estratégias adaptativas, como a esponja de cabo longo.
Avaliação	1ª avaliação – Dependente em grau reduzido. Última avaliação - Independente no arranjo pessoal, no banho, sentada para prevenção de quedas e luxação da prótese, ainda necessita de alguma ajuda.	
Foco: Vestir-se e despir-se		
Diagnóstico de enfermagem	Objetivo	Intervenções de E.R.
Vestir-se e despir-se, dependente em grau reduzido	Capacitar a pessoa para a Independência com estratégias e produtos de apoio	- Avaliação da capacidade para vestir-se e despir-se; - Ensinar/ Instruir/ treinar estratégias adaptativas, como o uso de calçadeira.
Avaliação	1º avaliação –Colaborante na instrução/treino de estratégias adaptativas para a promoção da sua independência. Última avaliação – Veste-se e despe-se de forma independente na parte superior, a inferior ainda requer ajuda. Ganhos – Ainda requer ajuda no vestir e despir.	
Foco: queda		
Diagnóstico de enfermagem	Objetivo	Intervenções de E.R.
Risco de queda presente	- Prevenir a queda; - Garantir ambiente seguro.	- Monitorização do risco de queda utilizando a escala de Morse; -Incentivar para calçado adequado e ambiente seguro; - Auxiliar na deambulação/ supervisão; -Retirar do ambiente objetos que possam oferecer risco para a pessoa; - Orientar a pessoa quanto aos riscos e prevenção de quedas;

		-Orientar a pessoa e o marido para medidas de segurança no domicílio. Entrega de Folhetos sobre como prevenir quedas no Hospital e domicílio.
Avaliação	1º Avaliação– Apresentava morse (50/ 125), sem história de queda prévia ao internamento. Sempre muito consciente das suas limitações, muito colaborante e nunca colocou em risco a sua segurança. Última avaliação - Score de (25/125), Não teve quedas neste período. Adesão às medidas de segurança. Ganhos -Conhecimento para evitar quedas e manter ambiente seguro demonstrado e consciencialização dos riscos. Sem ocorrência de quedas.	

Resumo :

Minimental sate examination	29/30 pontos. Consciente, orientado na pessoa, espaço e tempo.
Índice de Barthel:	1º avaliação (50/100); última avaliação (65/100) .
Berg:	1º avaliação (8/56); Última avaliação (24/ 56).
Morse	1º avaliação (50/125) ; Última avaliação (25/125).
Força (MRC):	1º avaliação -Esquerdo (superior-5/5 – inferior5/5); Direito superior-5/5 – inferior/35) Última avaliação - Esquerdo (superior- 5/5 – inferior 5/5); Direito (superior- 5/5 – inferior4/5)

Apêndice II - Descrição do caso 2

Indivíduo do género feminino, 71 anos de idade, casada, vive numa moradia com o marido e uma filha, com nível de escolaridade de 4 anos.

Como antecedentes pessoais relevantes, salienta-se Hipertensão Arterial, Bronquite e cirurgia às cataratas bilateralmente em 2024.

O motivo de internamento foi por apresenta uma gonartrose tricompartmental à esquerda, para ser submetida a uma Artoplastia Total do Joelho esquerdo.

Foi realizada uma consulta de enfermagem de reabilitação pré operatória, antes do internamento, 4 sessões de enfermagem de reabilitação no internamento e uma consulta de follow up uma semana após a alta. Foi para o domicílio, mas com continuação de reabilitação.

Imagem radiológica do antes e do depois da intervenção cirurgica



Plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação:

Foco: Movimento muscular		
Diagnóstico	Objetivo	Intervenção de ER
Movimento muscular diminuído (membro inferior esquerdo)	- Maximizar força muscular no membro inferior esquerdo ; - Manter a força muscular nos membros não operados; - Manter mobilidade osteoarticular nos quatro membros	- Monitorizar a força muscular nos quatro membros através da escala <i>Medical Research Council</i> (MRC); - Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido, consoante tolerância à dor; - Exercícios isométricos nos glúteos, quadricípites e isquiotibiais (2 séries, 10 repetições). Realizar contrações isométricas empurrando o membro contra o colchão; - Exercícios isotónicos: dorsiflexão e flexão plantar da articulação tibiotársica (2 series de 10 repetições); coxofemoral (2 séries, 10 repetições); - Executar técnica de flexão e extensão do joelho com recurso a artromotor; - Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-resistido em pé, no membro inferior esquerdo com recurso a andarilho ,2 series de 10 repetições (flexão do joelho); - Incentivar mobilizações ativas nos outros membros (não intervencionado) como “ponte” com ajuda do triangulo pendurado na cama, flexão/ extensão da articulação.
Avaliação	1ª avaliação - Foi feito uma avaliação com a escala MRC - Apresentava 3/5 no membro inferior esquerdo e 5/ 5 nos restantes membros Sem dor osteoarticular em repouso ou em movimento.	

	Última avaliação – Reavaliada escala MRC – Aumentou para 4/5 no membro intervencionado os outros mantiveram a força 5/5. Ganhos: Aumentou a força do membro operado de 3 para 4. Sem rigidez osteoarticular.	
Diagnóstico secundário Dimensão: conhecimento Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular	- Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular; - Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular; - Melhorar o conhecimento.	- Avaliar a aprendizagem sobre técnicas de exercício muscular e articular; - Ensinar sobre exercícios musculares e articulares descritos anteriormente; - Avaliar o conhecimento sobre prevenção de complicações como luxação da prótese; - Entrega de folhetos informativo,
Avaliação	1ª avaliação - Pessoa muito receptiva e aplicada na aprendizagem, com potencial para adquirir conhecimentos sobre os exercícios musculares e articulares. Última avaliação – Possui Conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular Ganhos : Conhecimento demonstrado.	
Diagnóstico secundário Dimensão: Aprendizagem de capacidades Potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular.	Objetivo -Avaliar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular; -Avaliar o potencial para melhorar a capacidade para a técnica de exercício muscular e articular; - Melhorar a capacidade para realizar exercícios musculares e articulares.	Intervenção de ER - Instruir exercícios musculares e articulares descritos anteriormente; - Treinar exercícios musculares e articulares descritos anteriormente; -Incentivar técnicas de exercício muscular e articular que consegue executar.
Avaliação	1º avaliação – Muito receptiva à instrução e treino dos respetivos exercícios. Última avaliação – A pessoa demonstra capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular. Ganhos: Capacidade demonstrada	
Foco: equilíbrio corporal		
Diagnóstico	Objetivo	Intervenção de ER
Equilíbrio corporal comprometido	Melhorar o equilíbrio corporal; Prevenção de quedas.	- Monitorizar equilíbrio corporal (escala de Berg) - Estimular o equilíbrio; -Avaliar o equilíbrio corporal (estático/dinâmico/sentado/ortostático); - Realização de exercícios no leito (ponte com auxílio do triangulo que está pendurado na cama); - Executar técnicas de treino de equilíbrio estático e dinâmico sentado: carga no cotovelo; - Aplicar estratégias de correção postura (colocar-se junto ao lado oposto ao desequilíbrio, utilizar estímulos táteis, tocar no ombro homolateral ao desequilíbrio, recurso ao espelho); - Treino de equilíbrio ortostático: levantar e sentar, inicialmente com ajuda e gradualmente com ajuda mínima; - Incentivar a treinar o equilíbrio corporal, com movimentos seguros.

Avaliação	1º avaliação – Avaliação da Berg (6/56) Equilíbrio diminuído. Tinha equilíbrio corporal sentado e em pé estático. Equilíbrio comprometido dinâmico sentado em grau reduzido. Equilíbrio corporal dinâmico na posição ortostática comprometido. Última avaliação – A escala de Berg (25 /56). Tem equilíbrio estático sentado e em pé, dinâmico sentado mantido. O dinâmico em ortostatismo ainda se encontra comprometido. Utiliza canadianas, condição necessária devido à sua intervenção cirúrgica.	
Diagnóstico secundário Dimensão: conhecimento Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de equilíbrio corporal	Objetivo Melhorar o conhecimento sobre a técnica do equilíbrio corporal estático e dinâmico	Intervenção de E.R - Avaliar o conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal (correção postural, equilíbrio estático e dinâmico); - Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica de treino de equilíbrio; - Ensinar sobre técnica de equilíbrio postural descrito anteriormente; - Ensinar sobre a condição da pessoa; - Avaliar a consciencialização da relação entre equilíbrio comprometido e risco de queda.
Avaliação	1ª avaliação –Tem potencial para adquirir conhecimentos, muito empenhada. Por vezes esquecia-se das suas limitações. Última avaliação– Conhecimento sobre a técnica do equilíbrio corporal demonstrado. Tem consciencialização da relação entre equilíbrio comprometido e risco de cair.	
Diagnóstico secundário Dimensão: aprendizagem de capacidades Potencial para melhorar a capacidade para a técnica de equilíbrio	Objetivo - Melhorar a capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal.	Intervenção de E.R - Avaliar a capacidade para executar técnicas de equilíbrio corporal (correção postural, oscilação de tronco); - Avaliar o potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas de equilíbrio corporal; - Instruir sobre técnicas para aumentar o equilíbrio corporal; - Incentivar a técnicas de equilíbrio corporal; - Treinar o equilíbrio corporal.
Avaliação	1ª avaliação – Necessita de ajuda para realizar a técnica de equilíbrio. Mas com potencial. Última avaliação – Executa os exercícios de equilíbrio estático e dinâmico , com recursos a dispositivos. Ganhos: Capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal demonstrado.	
Foco: Andar		
Diagnóstico de enfermagem	Objetivo	Intervenções de E.R.
Andar comprometido	- Melhorar a capacidade para andar; - Andar de forma independente com auxiliar de marcha; - Promover a segurança.	- Incentivar a pessoa a andar; - Assistir a pessoa a andar: - Avaliar a capacidade para andar; - Instruir e treinar o andar com auxiliar de marcha (andarilho e canadianas) - Ensinar/ Instruir e treinar o subir e descer as escadas; - Assistir a pessoa a subir e descer escadas.
Avaliação	1ª avaliação – Foi necessária ajuda unilateral, inicialmente com andarilho e depois com canadianas. Última avaliação -. Tem um andar com auxiliar de marcha eficaz com estabilidade postural, alternância adequada dos pés. Subiu e desceu escadas com ajuda. Anda com canadianas, com supervisão devido ao equilíbrio ainda comprometido.	

	Ganhos: Necessita de supervisão no andar com auxiliar de marcha.	
Diagnóstico secundário Dimensão: conhecimento Potencial para melhorar o conhecimento sobre o andar	Objetivo - Melhorar o conhecimento sobre o andar.	Intervenção de E.R - Ensinar técnicas de adaptação para andar;
Avaliação	1º Avaliação – Feito ensino sobre andar com auxiliar de marcha. Última avaliação – Conhecimento de utilização de auxiliares de marcha demonstrados. ganhos - Conhecimento sobre técnicas de adaptação para andar demonstrado.	
Diagnóstico secundário Dimensão: aprendizagem de capacidade -Potencial para melhorar a capacidade para andar	- Melhorar a capacidade para andar;	- Instruir a andar com auxiliar de marcha – andarilho/ canadiana; - Treinar a andar com a auxiliar de marcha;
Avaliação	1º avaliação - Foi instruída e treinou a andar com andarilho e depois com canadianas. Fornecido folhetos informativos. Sustenta o corpo com equilíbrio comprometido. Última avaliação - Consegue andar com canadianas com supervisão, subir e descer escadas com ajuda. Ganhos - Capacidade para andar demonstrada.	
Foco: Transferir-se		
Diagnóstico de enfermagem	Objetivo	Intervenções de E.R.
- Transferência comprometida em grau reduzido	- Capacitar a pessoa para transferir-se com independência. - Manter a segurança da pessoa.	- Avaliar o transferir-se; - Incentivar o transferir-se; - Planear o transferir-se; - Assistir a pessoa a transferir-se; - Ensinar, instruir e treinar o transferir-se,
Avaliação	1 avaliação - necessidade de auxílio de uma pessoa; Última avaliação - Independente na transferência, só precisa de supervisão.	
Foco: Posicionar-se		
Diagnóstico de enfermagem	Objetivo	Intervenções de E.R.
Posicionar-se comprometido em grau reduzido Posicionar-se de forma independente	- Capacitar a pessoa para o posicionamento seguro, evitar luxação da prótese;	- Ensinar, instruir e treinar posicionamentos seguros, no leito e sentado.
Avaliação	1 avaliação – Muito recetiva à atualização de conhecimentos, já possuía alguns. Última avaliação - Posicionar-se de forma independente, em segurança. Ganhos - Conhecimentos e capacidades demonstrados.	

Foco: Autocuidado higiene		
Diagnóstico de enfermagem	Objetivos	Intervenções de E.R.
Realizar a higiene, dependente em grau reduzido	- Avaliação da capacidade para realizar a sua higiene; - Ensinar/ Instruir/ treinar estratégias adaptativas.	- Avaliação da capacidade para realizar a sua higiene; - Ensinar/ Instruir/ treinar estratégias adaptativas, como a esponja de cabo longo.
Avaliação	1ª avaliação – Dependente em grau reduzido. Última avaliação - Independente no arranjo pessoal, no banho, sentada para prevenção de quedas e luxação da prótese, ainda necessita de alguma ajuda.	
Foco: Vestir-se e despir-se		
Diagnóstico de enfermagem	Objetivo	Intervenções de E.R.
Vestir-se e despir-se, dependente em grau reduzido	Capacitar a pessoa para a Independência com estratégias e produtos de apoio	- Avaliação da capacidade para vestir-se e despir-se; - Ensinar/ Instruir/ treinar estratégias adaptativas, como o uso de calçadeira.
Avaliação	1º avaliação –Colaborante na instrução/treino de estratégias adaptativas para a promoção da sua independência Última avaliação – Veste-se e despe-se de forma independente na parte superior, a inferior ainda requer ajuda. Ganhos – Ainda requer ajuda no vestir-se e despir-se.	
Foco: queda		
Diagnóstico de enfermagem	Objetivo	Intervenções de E.R.
Risco de queda presente	- Prevenir a queda; - Garantir ambiente seguro.	- Monitorização do risco de queda utilizando a escala de Morse; -Incentivar para calçado adequado e ambiente seguro; - Auxiliar na deambulação/ supervisão; -Retirar do ambiente objetos que possam oferecer risco para a pessoa; - Orientar a pessoa quanto aos riscos e prevenção de quedas; -Orientar a pessoa e o marido para medidas de segurança no domicílio. Entrega de Folhetos sobre como prevenir quedas no Hospital e domicílio.
Avaliação	1º Avaliação – Apresentava morse (65/ 125), sem história de queda prévia ao internamento. Por vezes esquecia-se das suas limitações. Última avaliação - Score de (25/125), Não teve quedas neste período. Adesão às medidas de segurança. Ganhos -Conhecimento para evitar quedas e manter ambiente seguro demonstrado e consciencialização dos riscos. Sem ocorrência de quedas.	

Resumo :

Minimental	29/30 pontos. Consciente, orientado na pessoa, espaço e tempo.
Índice de Barthel:	1º avaliação 55(/100); Última avaliação (70/100).
Berg:	1º avaliação (6/56); 2ª avaliação (25 56).
Morse	1º avaliação (65/125) ; Última avaliação (25/125)
Força (MRC):	1º avaliação -Esquerdo (superior-5/5 – inferior5/5); Direito (superior-5/5 – inferior3/5) Última avaliação - Esquerdo (superior-5/5 - inferior5/5); Direito superior-5/5 – inferior4/5)

Apêndice III - Descrição do caso 3

Indivíduo do sexo masculino, 71 anos de idade, casado, vive num apartamento com a esposa, com nível de escolaridade de 4 anos.

Como antecedentes pessoais relevantes tem a HTA.

Admitido pela urgência, após ser encontrado caído em casa pela esposa com sinais de traumatismo na região supraciliar esquerda, com incontinência de esfíncteres e diminuição da força do hemicorpo esquerdo. Data de início de sintomas inconclusivo. O exame complementar, TAC, revela que não se observam lesões hemorrágicas. Leucoencefalopatia isquémica periventricular. As vias de circulação cefaloraquidianas encontram-se alargadas, com predomínio corticosubcortical fronto-temporal. Repetiram TAC às 24 horas que se encontrava semelhante. Durante a permanência em serviço de urgência, os déficits neurológicos foram sobreponíveis e não foram detetadas outras alterações na TAC às 24 horas.

O motivo de internamento: AVC isquémico do hemisfério direito, com paresia do hemicorpo esquerdo de predomínio braqueal.

Foram realizadas sete sessões de Enfermagem de Reabilitação. Foi para o domicílio, com a esposa e uma cuidadora, com continuação de reabilitação.

Plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação:

Foco: Movimento muscular		
Diagnóstico	Objetivo	Intervenção de ER
Movimento muscular diminuído no hemicorpo direito	- Maximizar força muscular no hemicorpo direito; - Manter força muscular nos quatro membros; - Manter mobilidade osteoarticular.	Monitorizar a força muscular através da escala <i>Medical Research Council</i> (MRC); -Promover/ Incentivar o posicionamento do hemicorpo direito em posição antiespástica; - Incentivar a pessoa a executar exercícios musculares e articulares ativos; - Executar técnicas de exercício muscular e articular (ativos-assistidos e ativos-resistidos): No membro inferior direito: - Dedos do pé – flexão/extensão e adução/ abdução, 3 séries de 10 repetições cada uma; -Tíbio-Társica – Eversão/ inversão, dorsiflexão/ flexão plantar, 3 séries de 10 repetições cada uma; -Tíbio-Társica – Eversão/ inversão, dorsiflexão/ flexão plantar, 3 séries de 10 repetições cada uma; -Joelho– Flexão (aproximadamente 90 °)/ extensão, 3 séries de 10 repetições cada uma; - Coxofemural – rotação interna/ externa, abdução/ adução, flexão/ extensão e circundação, 3 séries de 10 repetições cada uma; No membro superior direito: 3 séries de 10 repetições: - Dedos da mão: flexão/ extensão, abdução/ adução, oponência; - Punho - desvio cubital/ radial, flexão/ extensão; - Antebraço - Pronação/ supinação; -Cotovelo – flexão/ extensão; - Ombro - rotação interna e externa, abdução e adução, elevação/ depressão, circundação e flexão/ extensão; Treino da escrita quer manual quer digital.

		- Executar técnicas de exercício muscular e articular ativos-resistidos: No membro inferior esquerdo: - Executar técnicas de exercício muscular e articular ativos-resistidos descritos anteriormente para o membro inferior, 3 séries de 10 repetições cada uma; No membro superior esquerdo: - Executar técnicas de exercício muscular e articular ativos-resistidos descritos anteriormente para o membro superior, 3 séries de 10 repetições cada uma; - Assistir na pedaleira estática durante cerca de 5 minutos.
	1ª avaliação dos membros superiores- Foi feita uma avaliação com a escala MRC - Apresentava no membro superior 2/5. Trata-se de uma parésia de predomínio braquial. No membro superior conseguia ligeira flexão e extensão dos dedos da mão, o punho e o cotovelo sem movimentos e o ombro conseguia ligeira rotação. Sem dor osteoarticular em repouso e em movimento, sem espasticidade nem rigidez. Foi necessário a técnica de exercício passivos nos segmentos sem movimento, mais acentuado no cotovelo e punho. A flexão e extensão dos dedos da mão e a rotação do ombro foram movimentos ativos-assistidos. Última avaliação— Consegue segurar num copo e num prato na mesa, apanhar uma bola pequena e levantá-la ligeiramente. O segmento do membro superior esquerdo que menos melhorou foi o cotovelo. Ganhos - Houve grandes ganhos nos dedos da mão e punho, cotovelo sem movimento, ombro melhorado mantendo a rotação e ligeira flexão e extensão. Consegue abdução/ adução/ flexão e extensão completa dos dedos. Ligeira flexão e extensão dos punhos. Avaliação da MRC ainda se mantém 2/5 no global, mas com melhorias significativas sobretudo nos dedos e punho com força de 3/5. Ganhos no movimento, a força mantém-se. 1ª Avaliação membros inferiores - foi feita uma avaliação com a escala MRC - Apresentava no membro inferior esquerdo 4/ 5, a força continuou 4/5, houve melhorias significativas no movimento que serão descritas no foco andar. Última avaliação - O membro inferior esquerdo melhorou para 5/5na escala de MRC	
Diagnóstico secundário Dimensão: conhecimento Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular	Objetivo -Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular; - Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular; - Melhorar o conhecimento.	Intervenção de ER - Avaliar a aprendizagem sobre técnicas de exercício muscular e articular; - Ensinar sobre exercícios musculares e articulares descritos anteriormente;
Avaliação	1ª avaliação - Pessoa muito receptiva e aplicada na aprendizagem, com potencial para adquirir conhecimentos sobre os exercícios musculares e articulares.	

	Última avaliação – Conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular melhorado. Autônomo nas mobilizações da mão direita e dos outros membros (superior esquerdo e membros inferiores)	
Diagnóstico secundário Dimensão: Aprendizagem de capacidades Potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular.	Objetivo: -Avaliar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular; -Avaliar o potencial para melhorar a capacidade para a técnica de exercício muscular e articular; -Melhorar a capacidade para realizar exercícios musculares e articulares.	Intervenção de E.R Instruir exercícios musculares e articulares descritos anteriormente; Treinar exercícios musculares e articulares descritos anteriormente; Incentivar técnicas de exercício muscular e articular que consegue executar
Avaliação	1º avaliação – Muito receptivo à instrução e treino dos respetivos exercícios. Última avaliação – A pessoa demonstra capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular melhoradas, muito empenhado, realiza alguns exercícios de forma autónoma. Material utilizado – Pedaleira, bolas, molas, bandas elásticas.	
Foco: equilíbrio corporal		
Diagnóstico	Objetivo	Intervenção de ER
Equilíbrio corporal comprometido -	Melhorar o equilíbrio corporal; Prevenção de quedas-	- Monitorizar equilíbrio corporal (escala de Berg) - Estimular o equilíbrio; -Avaliar o equilíbrio corporal (estático/dinâmico/sentado/ortostático); - Realização de exercícios no leito (ponte e rolamento); - Executar técnicas de treino de equilíbrio estático e dinâmico sentado: carga no cotovelo e facilitação cruzada; - Aplicar estratégias de correção postura (colocar-se junto ao lado oposto ao desequilíbrio, utilizar estímulos táteis, tocar no ombro homolateral ao desequilíbrio, recurso ao espelho); - Treino de equilíbrio ortostático: levantar e sentar, inicialmente com ajuda e gradualmente com ajuda mínima; - Incentivar a treinar o equilíbrio corporal. Avaliar a consciencialização da relação entre equilíbrio comprometido e risco de queda.
Avaliação	1ª avaliação – Avaliação 4/ 56 na escala de Berg. Tinha equilíbrio corporal sentado, não tinha equilíbrio dinâmico sentado, com postura corporal ligeiramente diminuída; Não tinha equilíbrio corporal estático nem dinâmico na posição ortostática, necessitando de apoio bilateral. Apresentou desde o início consciencialização da relação entre equilíbrio comprometido e risco de cair.	

	Última avaliação – Já apresentava equilíbrio corporal estático em ortostatismo, mas ainda equilíbrio dinâmico. Avaliação 26/ 56 na escala de Berg. Necessitando de apoio unilateral. Redução significativa do medo de cair.	
Diagnóstico secundário Dimensão: conhecimento Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de equilíbrio corporal	Objetivo Melhorar o conhecimento sobre a técnica do equilíbrio corporal estático e dinâmico	Intervenção de E.R - Avaliar o conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal (correção postural, equilíbrio estático e dinâmico); - Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica de treino de equilíbrio; - Ensinar sobre técnica de equilíbrio postural descrito anteriormente; - Ensinar sobre a condição da pessoa; - Avaliar a consciencialização da relação entre equilíbrio comprometido e risco de queda.
Avaliação	1º avaliação – Tem potencial para adquirir conhecimentos, muito empenhado. 2º avaliação –Conhecimento sobre a técnica do equilíbrio melhorado.	
Diagnóstico secundário Dimensão: aprendizagem de capacidades Potencial para melhorar a capacidade para usar a técnica de equilíbrio corporal	Objetivo - Melhorar a capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal.	Intervenção de E.R - Avaliar a capacidade para executar técnicas de equilíbrio corporal (correção postural, oscilação de tronco); - Avaliar o potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas de equilíbrio corporal; - Instruir sobre técnicas para aumentar o equilíbrio corporal; - Incentivar a técnicas de equilíbrio corporal; - Treinar o equilíbrio corporal. - Assistir a pessoa a pôr-se de pé;
Avaliação	1ª avaliação - Apresenta ligeiro desvio do tronco para o lado parético, no entanto após ensino, este melhorou. Recurso ao espelho. Última avaliação – Capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal melhorada, mas ainda precisa de ajuda. Melhoria franca da correção postural. Já apresenta equilíbrio estático em pé, no entanto, para levantar-se ainda necessita de ajuda homolateral. Melhorou na capacidade para treinar o equilíbrio, executa os exercícios de equilíbrio estático e dinâmico, mas ainda necessita de ajuda de uma pessoa.	
Foco: Andar		
Diagnóstico de enfermagem	Objetivo	Intervenções de E.R.
Andar comprometido	- Melhorar a capacidade para andar; - Promover a segurança	- Incentivar a pessoa a andar; - Assistir a pessoa a andar: -Incentivar a correção do tronco ao andar; - Avaliar a capacidade para andar; - Instruir e treinar o andar com auxiliar de marcha - Ensinar/ Instruir e treinar o subir e descer as escadas; - Assistir a pessoa a subir e descer escadas.
Avaliação	1 avaliação – Foi necessária ajuda de duas pessoas para a marcha e andarilho, deu uma volta ao quarto. Posteriormente começou a andar com andarilho e ajuda de uma pessoa. Última avaliação – Já conseguia andar com apoio unilateral para pequenas distâncias volta ao quarto, para distâncias maiores uso também de andarilho. Marcha coordenada. Subiu e desceu escadas, de forma mais coordenada, mas com apoio unilateral.	

Ganhos: Já não precisa de apoio bilateral, somente unilateral.		
Diagnóstico secundário Dimensão: conhecimento Potencial para melhorar o conhecimento sobre o andar	Objetivo - Melhorar o conhecimento sobre o andar.	Intervenção de E.R - Ensinar técnicas de adaptação para andar;
Avaliação	1º Avaliação– Feito ensino sobre andar com auxiliar de marcha, o andarilho; Última avaliação– Conhece a técnica de adaptação para andar;	
Diagnóstico secundário Dimensão: aprendizagem de capacidade Potencial para melhorar a capacidade para andar	- Melhorar a capacidade para andar;	- Instruir a andar com auxiliar de marcha – andarilho/ canadiana; - Instruir para andar com apoio unilateral de uma pessoa; - Treinar a andar com a auxiliar de marcha; - Treinar o andar com apoio de uma pessoa.
Avaliação	1º Avaliação –Foi instruído e treinado para andar, muito dependente. Última avaliação – Capacidade para andar com andarilho ou apoio unilateral melhorado. Necessita de apoio parcial.	
Foco: Transferir-se		
Diagnóstico de enfermagem	Objetivo	Intervenções de E.R.
Transferência comprometida em grau elevado Transferência comprometida em grau moderado	- Capacitar a pessoa para transferir-se com pouca ajuda - Manter a segurança da pessoa.	- Avaliar o transferir-se; - Incentivar o transferir-se; - Planear o transferir-se; - Assistir a pessoa a transferir-se; - Ensinar, instruir e treinar o transferir-se.
Avaliação	1 avaliação - Muito dependente na transferência, com necessidade de auxílio de duas pessoas. (Barthel – 20) Última avaliação – Parcialmente dependente, com necessidade de 1 pessoa para a transferência Barthel – 60) Ganhos na transferência. Mas ainda com ajuda física de uma pessoa.	
Foco:Posicionar-se		
Diagnóstico de enfermagem	Objetivo	Intervenções de E.R.
Posicionar-se comprometido em grau moderado	- Capacitar a pessoa para o posicionamento seguro	- Ensinar, instruir e treinar posicionamentos seguros, no leito e sentado.
Avaliação	1 avaliação - Posiciona-se no leito, mas necessita de ajuda. Sem conhecimentos nem capacidade para o posicionamento seguro. Última avaliação - Mais colaborante, ainda com necessidade de ajuda parcial no posicionamento, mas com conhecimento do posicionamento seguro e melhoria na capacidade para o posicionamento.	

Foco: Autocuidado higiene		
Diagnóstico de enfermagem	Objetivos	Intervenções de E.R.
Realizar higiene, dependente em grau elevado	- Capacitar a pessoa para a higiene	- Avaliação da capacidade para realizar a sua higiene; - Ensinar/ Instruir/ treinar estratégias adaptativas:
Avaliação	avaliação – Dependente, pouco colaborante, no entanto recetivo para a instrução/ treino de estratégias adaptativas para a promoção da sua independência. Última avaliação – Com dependência moderada na higiene, mas faz cerca de metade sem ajuda. Ensino de estratégias adaptativas e alteração estrutural para prevenção de quedas em casa, como o uso de esponja de cabo longo, na higiene, estar sentado num banco a tomar banho. Entrega de folhetos informativos.	
Foco: Vestir-se e despir-se		
Diagnóstico de enfermagem	Objetivo	Intervenções de E.R.
Vestir-se e despir-se, dependente em grau elevado	Capacitar a pessoa com estratégias e produtos de apoio	- Avaliação da capacidade para vestir-se e despir-se; - Ensinar/ Instruir/ treinar estratégias adaptativas: - Uso de calçadeira; - Instrução e treino a abotoar e desabotoar os botões.
Vestir-se e despir-se, dependente em grau moderado		
Avaliação	1º avaliação - Dependente, pouco colaborante, no entanto, colaborante na instrução/treino de estratégias adaptativas para a promoção da sua independência. -Última avaliação – Necessita de ajuda, mas colaborante e com iniciativa. Ganhos – Parcialmente dependente, com recurso a estratégias adaptativas.	
Foco: Foco: Alimentar-se		
Diagnóstico de enfermagem	Objetivo	Intervenções de E.R.
- Alimentar-se dependente em grau moderado	- Capacitar a pessoa para a independência com estratégias adaptativas	- Avaliação da capacidade para alimentar-se de forma independente; - Ensinar/ Instruir/ treinar estratégias adaptativas.
Avaliação	1º avaliação – Apresentava dificuldade para comer apenas com a mão direita, necessitando de ajuda. Última avaliação – Já conseguia segurar o copo/ garrafa/ prato com a mão esquerda e alimentava-se de forma independente com a direita. Necessitava de ajuda para providenciar a comida/ bebida. Ganhos – independência para se alimentar.	
Foco: queda		
Diagnóstico de enfermagem	Objetivo	Intervenções de E.R.
Risco de queda presente	- Prevenir a queda; - Garantir ambiente seguro.	- Monitorização do risco de queda utilizando a escala de Morse; -Incentivar para calçado adequado e ambiente seguro; - Auxiliar na deambulação/ supervisão; -Retirar do ambiente objetos que possam oferecer risco para a pessoa;

		-Orientar a pessoa quanto aos riscos e prevenção de quedas; -Orientar a pessoa/ esposa para medidas de segurança no domicílio. Folhetos sobre como prevenir quedas no Hospital e domicílio.
Avaliação	1º avaliação– Apresentava morse (80/ 125), tem história de queda, prévia ao internamento. Apresenta alto risco de queda Consciente das suas limitações, nunca colocou em risco a sua segurança. Não teve quedas neste período. Adesão às medidas de segurança. Última avaliação - Manteve o score de (80/125), Não teve quedas neste período. Ganhos -Conhecimento para evitar quedas e manter ambiente seguro demonstrado e consciencialização dos riscos. Sem ocorrência de quedas. Embora no score não tenha havido ganhos	

Resumo :

Minimental	28/30 pontos. Consciente, orientado na pessoa, espaço e tempo.
Índice de Barthel:	1º avaliação (20/100); Última avaliação (60/100).
Berg:	1º avaliação (4/56); 2ª avaliação (26/ 56).
Morse	1º avaliação (80/125); Última avaliação (80/125).
Força (MRC):	1º avaliação -Esquerdo (superior-5/5 – inferior5/5); Direito superior-2/5 – inferior4/5) Última avaliação - Esquerdo (superior-5/5 - inferior5/5); Direito superior-2/5 – inferior4/5)

Apêndice IV - Descrição do caso 4

Indivíduo do género masculino, 64 anos de idade, vive em domicílio com a esposa, pratica atividade física, com nível de escolaridade de 9 anos.

Como antecedentes pessoais relevantes tem Fibrilhação auricular, sob anticoagulação oral; sequela braquial à direita de traumatismo perinatal.

Foi admitido pela urgência, com 3 horas de evolução no domicílio, com tonturas, alteração da marcha, no equilíbrio e hemiparesia à direita de predomínio crural. No hemicorpo direito apresentava na escala MRS 4/ 5 no membro superior (já habitual) e no membro inferior 3/ 5. Nos exames complementares, “Observam-se dois hematomas recentes subcorticais, o de maiores dimensões situado na região parietal alta esquerda, o segundo hematoma no cíngulo direito ...”. A TAC de controle de Acidente Vascular Cerebral “... não se registam alterações significativas das dimensões e efeito de massa das hemorragias parenquimatosas com expressão na alta convexidade frontoparietal -. Restantes aspetos sobreponíveis.

O motivo de internamento: AVC isquémico hemorrágico com paresia do hemicorpo direito, predomínio crural.

Realizadas 5 sessões de enfermagem de reabilitação. Foi para o domicílio, com ajuda da esposa, mas com continuação de reabilitação.

Plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação:

Foco: Movimento muscular		
Diagnóstico	Objetivo	Intervenção de ER
Movimento muscular diminuído no hemicorpo direito	- Maximizar força muscular no hemicorpo direito ; - Manter a força muscular no hemicorpo direito; - Manter mobilidade osteoarticular no hemicorpo direito e esquerdo.	Monitorizar a força muscular através da escala <i>Medical Research Council</i> (MRC); -Promover/ Incentivar o posicionamento do hemicorpo direito em posição antiespástica; - Incentivar a pessoa a executar exercícios musculares e articulares ativos; - Executar técnicas de exercício muscular e articular (ativos-assistidos e ativos-resistidos): No membro inferior direito: - Dedos do pé – flexão/extensão e adução/abdução, 3 séries de 10 repetições cada uma; -Tíbio-Társica – Eversão/ inversão, dorsiflexão/ flexão plantar, 3 séries de 10 repetições cada uma; -Joelho– Flexão (aproximadamente 90 °)/ extensão, 3 séries de 10 repetições cada uma; - Coxofemural – rotação interna/ externa, abdução/ adução, flexão/ extensão e circundação, 3 séries de 10 repetições cada uma; No membro superior direito: 3 séries de 10 repetições: - Dedos da mão: flexão/ extensão, abdução/ adução, oponência; - Punho - desvio cubital/ radial, flexão/ extensão; - Antebraço - Pronação/ supinação; -Cotovelo – flexão/ extensão;

		- Ombro - rotação interna e externa, abdução e adução, elevação/ depressão, circundação e flexão/ extensão; Treino da escrita quer manual quer digital. - Executar técnicas de exercício muscular e articular ativos-resistidos: No membro inferior esquerdo: - Executar técnicas de exercício muscular e articular ativos-resistidos descritos anteriormente para o membro inferior, 3 séries de 10 repetições cada uma; No membro superior esquerdo: - Executar técnicas de exercício muscular e articular ativos-resistidos descritos anteriormente para o membro superior, 3 séries de 10 repetições cada uma; - Assistir na pedaleira estática durante cerca de 5 minutos;
Avaliação	1ª avaliação - Foi feita uma avaliação com a escala MRC – Apresentava 3/5 no membro inferior direito e 4/ 5 no membro superior direito, no hemicorpo esquerdo 5 / 5 tanto superior como inferior. Trata-se de uma parésia de predomínio crural. No membro superior direito, apresenta diminuição da destreza fina. A letra encontra-se mais pequena e dá alguns erros na escrita de forma digital. Foram realizados exercícios para treinar a escrita manual e digital. No membro inferior, apresenta falta de coordenação para certos exercícios. Sem dor osteoarticular em repouso ou em movimento. Recorreu-se a dispositivos como pedaleira, bandas, bastão, telemóvel, canetas e papel. Última avaliação – Reavaliada escala MRC - Força mantida 5/5 nos 4 membros. No hemicorpo direito, movimentos mais lentos para obter coordenação. O membro superior direito tem força mantida, mas movimentos mais limitados, sobretudo na adução, condição sequelar de nascença. Escrita mais parecido com a anterior, melhor coordenação pensamento/ ação e consequentemente melhor habilidade construtiva.	
Diagnóstico secundário Dimensão: conhecimento Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular	Objetivo -Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular; - Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular; - Melhorar o conhecimento.	Intervenção de ER - Avaliar a aprendizagem sobre técnicas de exercício muscular e articular; - Ensinar sobre exercícios musculares e articulares descritos anteriormente; - Avaliar o conhecimento sobre prevenção de complicações da paresia; - Ensinar sobre complicações da doença e sinais de alerta, entrega de material informativo.
Avaliação	1ª avaliação- Pessoa muito receptiva e aplicada na aprendizagem, com potencial para adquirir conhecimentos sobre os exercícios musculares e articulares. Já possuía alguns conhecimentos, uma vez que praticava exercícios frequentemente. Feito ensino sobre o AVC e sinais de alerta de complicações, entrega de folhetos. Última avaliação – Conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular demonstrado.	

	Conhecimento sobre o processo patológico, sinais de alerta e complicações demonstrado.	
Diagnóstico secundário Dimensão: Aprendizagem de capacidades Potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular.	Objetivo -Avaliar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular; Avaliar o potencial para melhorar a capacidade para a técnica de exercício muscular e articular; - Melhorar a capacidade para realizar exercícios musculares e articulares.	Intervenção de ER -Instruir exercícios musculares e articulares descritos anteriormente; -Treinar exercícios musculares e articulares descritos anteriormente; -Incentivar técnicas de exercício muscular e articular que consegue executar autonomamente no período da tarde, junto da esposa
Avaliação	1º avaliação – Muito recetivo à instrução e treino dos respetivos exercícios. Última avaliação – A pessoa demostra capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular, muito empenhado, realiza exercícios de forma autónoma, com recurso a dispositivos como banda, bastão e pedaleira. Pratica exercícios propostos no turno da tarde, na presença da esposa. Capacidade demonstrada.	
Foco: equilíbrio corporal		
Diagnóstico	Objetivo	Intervenção de ER
Equilíbrio corporal comprometido -	Melhorar o equilíbrio corporal; Prevenção de quedas-	- Monitorizar equilíbrio corporal (escala de Berg) - Estimular o equilíbrio; -Avaliar o equilíbrio corporal (estático/dinâmico/sentado/ortostático); - Realização de exercícios no leito (ponte e rolamento); - Executar técnicas de treino de equilíbrio estático e dinâmico sentado: carga no cotovelo e facilitação cruzada; - Aplicar estratégias de correção postura (colocar-se junto ao lado oposto ao desequilíbrio, utilizar estímulos táteis, tocar no ombro homolateral ao desequilíbrio, recurso ao espelho); - Treino de equilíbrio ortostático: levantar e sentar, inicialmente com ajuda e gradualmente com ajuda mínima; - Incentivar a treinar o equilíbrio corporal.
Avaliação	1º avaliação – Avaliação da BERG apresentava (17/56) Equilíbrio diminuído. Tinha equilíbrio corporal sentado estático. Equilíbrio comprometido dinâmico sentado em grau reduzido assim como postura corporal ligeiramente diminuída, desvio para o lado direito. Equilíbrio corporal estático e dinâmico na posição ortostática comprometido a nível elevado, necessitando de apoio bilateral. Última avaliação – Berg (54/56) Equilíbrio estático (sentado e dinâmico) adquirido, Equilíbrio dinâmico sentado adquirido. Equilíbrio dinâmico em ortostatismo melhorado, mas com necessidade de movimentos mais lentos para serem coordenados e de ajuda/ supervisão no subir/ descer escadas.	

Diagnóstico secundário Dimensão: conhecimento Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de equilíbrio corporal	Objetivo Melhorar o conhecimento sobre a técnica do equilíbrio corporal estático e dinâmico	Intervenção de E.R - Avaliar o conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal (correção postural, equilíbrio estático e dinâmico); - Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica de treino de equilíbrio; - Ensinar sobre técnica de equilíbrio postural descrito anteriormente; - Ensinar sobre a condição da pessoa; - Avaliar a consciencialização da relação entre equilíbrio comprometido e risco de queda.
Avaliação	1ª avaliação –Tem potencial para adquirir conhecimentos, muito empenhado. Apresentou desde o início consciencialização da relação entre equilíbrio comprometido e risco de cair. Última avaliação– Tem conhecimentos sobre a técnica do equilíbrio corporal. Ganhos: Conhecimento demonstrado.	
Diagnóstico secundário Dimensão: aprendizagem de capacidades Potencial para melhorar a capacidade para usar a técnica de equilíbrio corporal	Objetivo - Melhorar a capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal.	Intervenção de E.R - Avaliar a capacidade para executar técnicas de equilíbrio corporal (correção postural, oscilação de tronco); - Avaliar o potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas de equilíbrio corporal; - Instruir sobre técnicas para aumentar o equilíbrio corporal; - Incentivar a técnicas de equilíbrio corporal; - Treinar o equilíbrio corporal.
Avaliação	1ª avaliação – Apresenta ligeiro desvio do tronco para o lado parético, no entanto após ensino, este melhorou. Recurso ao espelho. Última avaliação – Executa os exercícios de equilíbrio estático e dinâmico de forma autónoma, com recursos a dispositivos, mas sempre com presença ou do enfermeiro ou da esposa. Capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal demonstrado.	
Foco: Andar		
Diagnóstico de enfermagem	Objetivo	Intervenções de E.R.
Andar comprometido	- Melhorar a capacidade para andar; - Promover a segurança	- Incentivar a pessoa a andar; - Assistir a pessoa a andar; -Incentivar a correção do tronco ao andar; - Avaliar a capacidade para andar; - Instruir e treinar o andar com auxiliar de marcha - Ensinar/ Instruir e treinar o subir e descer as escadas; - Assistir a pessoa a subir e descer escadas.
Avaliação	1ª avaliação – Foi necessária ajuda unilateral, recusou auxiliar de marcha. (Barthel – 65). Apresentava inversão do pé direito, com um andar pouco coordenado. Apresenta uma base de sustentação diminuída. Subiu e desceu escadas, mas com muita orientação e apoio unilateral. Arrastava o pé direito. Última avaliação - Barthel – 95 - Já conseguia ter uma marcha mais coordenada e melhorado da inversão do pé direito. Subiu e desceu escadas com supervisão e apoio verbal. Contornos de obstáculos ainda com necessidade de ajuda verbal para a coordenação. Ganhos: Independência, há exceção do subir e descer escadas, que necessita de supervisão.	

Diagnóstico secundário Dimensão: conhecimento Potencial para melhorar o conhecimento sobre o andar	Objetivo - Melhorar o conhecimento sobre o andar.	Intervenção de E.R - Ensinar técnicas de adaptação para andar;
Avaliação	1º Avaliação – Feito ensino sobre andar de forma a evitar a inversão do pé, e ter uma marcha coordenada, com aumento da base de sustentação. Move-se com uma marcha descoordenada, necessitando de ajustar constantemente o pé para impedir a inversão. Coloca-se na posição vertical, sustenta o corpo com equilíbrio comprometido. Não consegue subir e descer degraus de forma eficaz. Percorre distâncias no corredor, com apoio unilateral. Avaliação final - Move-se com uma marcha mais eficaz, mais coordenada, com apenas supervisão. Nas escadas já não arrasta o pé, mas ainda precisa de orientação verbal/ supervisão. ganhos - Conhecimento sobre técnicas de adaptação para andar demonstrado.	
Diagnóstico secundário Dimensão: aprendizagem de capacidade Potencial para melhorar a capacidade para andar	- Melhorar a capacidade para andar;	- Instruir a andar com auxiliar de marcha – andarilho/ canadiana; - Instruir para andar com apoio unilateral de uma pessoa (verbal/ física); - Treinar a andar com a auxiliar de marcha; - Treinar o andar com apoio de uma pessoa.
Avaliação	1º avaliação – Recusou andar com auxiliar de marcha, apenas apoio unilateral. Foi instruído e treinado para andar. Tem consciência das mudanças do seu estado de saúde; motivação e envolvimento no processo ensino/ aprendizagem e manifesta desejo em tornar-se independente. Última avaliação – Mantem necessidade para andar com supervisão, para contorno de obstáculos e subir/ descer escadas. Ganhos - Capacidade para andar demonstrada, necessita apenas de supervisão.	
Foco: Transferir-se		
Diagnóstico de enfermagem	Objetivo	Intervenções de E.R.
Transferência comprometida em grau reduzido	- Capacitar a pessoa para transferir-se com independência.	- Avaliar o transferir-se; - Incentivar o transferir-se; - Planear o transferir-se; - Assistir a pessoa a transferir-se; - Ensinar, instruir e treinar o transferir-se.
Transferência independente	- Manter a segurança da pessoa;	
Avaliação	1 avaliação - necessidade de auxílio de uma pessoa (Barthel – 65). última avaliação - Independente na transferência, só precisa de supervisão, para evitar quedas (Barthel – 95)	
Foco: Posicionar-se		
Diagnóstico de enfermagem	Objetivo	Intervenções de E.R.

Posicionar-se comprometido em grau reduzido	- Capacitar a pessoa para o posicionamento seguro e antiespástico;	- Ensinar, instruir e treinar posicionamentos seguros, no leito e sentado.
Avaliação	1 avaliação – Já possuía alguns conhecimentos sobre posicionamentos seguros, que foram reforçados; Última avaliação - Posicionar-se de forma independente. Ganhos - Conhecimentos e capacidades demonstrados.	
Foco: Autocuidado higiene		
Diagnóstico de enfermagem	Objetivo	Intervenções de E.R.
Realizar a higiene, dependente em grau reduzido Realizar higiene, de forma independente	- Avaliação da capacidade para realizar a sua higiene; - Ensinar/ Instruir/ treinar estratégias adaptativas:	- Avaliação da capacidade para realizar a sua higiene; - Ensinar/ Instruir/ treinar estratégias adaptativas:
Avaliação	1ª avaliação – Dependente em grau reduzido. Recetivo para a instrução/ treino de estratégias adaptativas para a promoção da sua autonomia/ independência. Última avaliação - Independente na higiene, toma banho sentado para prevenção de quedas. Ganhos – Independência	
Foco: Vestir-se e despir-se		
Diagnóstico de enfermagem	Objetivo	Intervenções de E.R.
Vestir-se e despir-se, dependente em grau reduzido Independente no vestir-se e despir-se	Capacitar a pessoa para a Independência com estratégias e produtos de apoio	- Avaliação da capacidade para vestir-se e despir-se; - Ensinar/ Instruir/ treinar estratégias adaptativas: - Uso de calçadeira;
Avaliação	1º avaliação –Colaborante na instrução/treino de estratégias adaptativas para a promoção da sua independência Última avaliação – Veste-se e despe-se de forma independente e em segurança, sentado. Ganhos - Independência	
Foco: queda		
Diagnóstico de enfermagem	Objetivo	Intervenções de E.R.
Risco de queda presente	- Prevenir a queda; - Garantir ambiente seguro.	- Monitorização do risco de queda utilizando a escala de Morse; -Incentivar para calçado adequado e ambiente seguro; - Auxiliar na deambulação/ supervisão; -Retirar do ambiente objetos que possam oferecer risco para a pessoa; -Orientar a pessoa quanto aos riscos e prevenção de quedas; -Orientar a pessoa/ esposa para medidas de segurança no domicílio. Entrega de folhetos sobre como prevenir quedas no Hospital e domicílio.
Avaliação	1º Avaliação – Apresentava morse (55/ 125), sem história de queda prévia ao internamento. Sempre muito consciente das suas limitações.	

	muito colaborante e nunca colocou em risco a sua segurança. Foram fornecidos folhetos e feito explicação de como manter um ambiente seguro no Hospital e no domicílio. Última avaliação - Score de morse (25/125), Não teve quedas neste período. Adesão às medidas de segurança. Ganhos -Conhecimento para evitar quedas e manter ambiente seguro demonstrado e consciencialização dos riscos. Sem ocorrência de quedas.
--	--

Resumo :

Minimental	29/30 pontos. Consciente, orientado na pessoa, espaço e tempo.
Índice de Barthel:	1º avaliação (65/100); Última avaliação (95/100) dependência.
Berg:	1º avaliação (17/56); 2ª avaliação (54/56).
Morse	1º avaliação (55/125); Última avaliação (25/125).
Força (MRC):	1º avaliação -Esquerdo (superior-5/5 - inferior5/5); Direito superior-4/5 – inferior3/5) Última avaliação - Esquerdo (superior-5/5 - inferior5/5); Direito superior-5/5 – inferior5/5)

Apêndice V - Descrição do caso 5

Indivíduo do género masculino, com 80 anos de idade, casado, sem escolaridade. Como antecedentes pessoais relevantes destaca-se FA e tabagismo.

O motivo de internamento foi por quadro de desequilíbrio súbito da marcha. O exame complementar realizado destaca-se uma lesão isquémica em evolução cerebelosa superior direita, sem sinais de transformação hemorrágica. Lesões focais isquémicas antigas cerebelosas bilaterais. Severa estenose pré e pós bulbar.

Foram realizadas 3 sessões de Enfermagem de Reabilitação. Foi para uma unidade de reabilitação.

Plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação:

Foco: equilíbrio corporal		
Diagnóstico	Objetivo	Intervenção de ER
Equilíbrio corporal comprometido -	Melhorar o equilíbrio corporal;	- Monitorizar equilíbrio corporal (escala de Berg) - Estimular o equilíbrio; - Avaliar o equilíbrio corporal (estático/dinâmico/sentado/ortostático); - Realização de exercícios no leito (ponte e rolamento); - Executar técnicas de treino de equilíbrio estático e dinâmico sentado: carga no cotovelo e facilitação cruzada; - Aplicar estratégias de correção postura (colocar-se junto ao lado oposto ao desequilíbrio, utilizar estímulos táteis, tocar no ombro homolateral ao desequilíbrio, recurso ao espelho); - Treino de equilíbrio ortostático: levantar e sentar, inicialmente com ajuda e gradualmente com ajuda mínima; - Incentivar a treinar o equilíbrio corporal.
Avaliação	1ª avaliação – Avaliação da Berg apresentava (0/ 56). Não tinha equilíbrio corporal sentado, estático nem dinâmico, assim como a postura corporal diminuída, desvio para o lado direito. Equilíbrio corporal estático e dinâmico na posição ortostática comprometido a nível elevado, necessitando de apoio bilateral. Foram realizados os exercícios programados nas intervenções de ER. Última avaliação - Apresentava equilíbrio corporal estático e dinâmico sentado, no entanto, ainda tem equilíbrio estático e dinâmico em ortostatismo comprometido Avaliação de Berg 8/ 56. Necessita de ajuda física/ verbal de uma pessoa Ganhos: equilíbrio estático e dinâmico na posição sentado. O equilíbrio está melhorado na transferência e em permanecer em pé. Em ortostatismo dinâmico precisa de ajuda.	
Diagnóstico secundário Dimensão: conhecimento Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de equilíbrio corporal	Objetivo Melhorar o conhecimento sobre a técnica do equilíbrio corporal estático e dinâmico	Intervenção de E.R - Avaliar o conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal (correção postural, equilíbrio estático e dinâmico); - Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica de treino de equilíbrio; - Ensinar sobre técnica de equilíbrio postural descrito anteriormente; - Ensinar sobre a condição da pessoa; - Avaliar a consciencialização da relação entre equilíbrio comprometido e risco de queda.

Avaliação	1ª avaliação – Tem potencial para adquirir conhecimentos, embora com lentificação no pensamento. Não tinha consciencialização da relação entre equilíbrio comprometido e risco de cair. Última avaliação -Conhecimento sobre a técnica do equilíbrio corporal melhorada, mas ainda com necessidade de reforço. Tem consciencialização da relação entre equilíbrio comprometido e risco de cair. Tem consciência das mudanças do seu estado de saúde. Ganhos: Melhorou o conhecimento e a consciencialização da relação do equilíbrio e risco de queda	
Diagnóstico secundário Dimensão: aprendizagem de capacidades - Potencial para melhorar a capacidade para usar a técnica de equilíbrio corporal	Objetivo - Melhorar a capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal.	Intervenção de E.R - Avaliar a capacidade para executar técnicas de equilíbrio corporal (correção postural, oscilação de tronco); - Avaliar o potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas de equilíbrio corporal; - Instruir sobre técnicas para aumentar o equilíbrio corporal; - Incentivar a técnicas de equilíbrio corporal; - Treinar o equilíbrio corporal.
Avaliação	1ª avaliação - Apresenta ligeiro desvio do tronco para a direita, no entanto após ensino e treino, este melhorou. Última avaliação – Executa os exercícios de equilíbrio estático e dinâmico, mas com ajuda. Ganhos: Capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal melhorada, mas ainda precisa de ajuda	
Foco: Andar		
Diagnóstico de enfermagem	Objetivos	Intervenções de E.R.
Andar comprometido	- Melhorar a capacidade para andar; - Promover a segurança	- Incentivar a pessoa a andar; - Assistir a pessoa a andar: -Incentivar a correção do tronco ao andar; - Avaliar a capacidade para andar; - Instruir e treinar o andar com auxiliar de marcha - Ensinar/ Instruir e treinar o subir e descer as escadas; - Assistir a pessoa a subir e descer escadas.
Avaliação	1 avaliação – Foi necessária ajuda bilateral, para se colocar em pé, não conseguiu andar. No dia seguinte – Já conseguiu andar, mas com ajuda bilateral e auxiliar de marcha. Apresenta alteração no padrão da marcha, a perna direita tem uma diminuição do comprimento da passada e apresenta uma base de sustentação diminuída Última avaliação – Não consegue subir e descer escadas. Ainda com ajuda de auxiliar de marcha e de apoio unilateral. Ganhos: Já não precisa de apoio bilateral, somente unilateral, andar com base de sustentação mais alargada.	

Diagnóstico secundário Dimensão: conhecimento Potencial para melhorar o conhecimento sobre o andar	Objetivo - Melhorar o conhecimento sobre o andar.	Intervenção de E.R - Ensinar técnicas de adaptação para andar;
Diagnóstico secundário Dimensão: aprendizagem de capacidade - Potencial para melhorar a capacidade para andar	- Melhorar a capacidade para andar;	- Instruir a andar com auxiliar de marcha – andarilho/ canadiana; - Instruir para andar com apoio unilateral de uma pessoa; - Treinar a andar com a auxiliar de marcha; - Treinar o andar com apoio de uma pessoa.
Foco: Transferir-se		
Diagnóstico de enfermagem	Objetivos	Intervenções de E.R.
Transferência comprometida em grau elevado	- Capacitar a pessoa para transferir-se com pouca ajuda - Manter a segurança da pessoa.	- Avaliar o transferir-se; - Incentivar o transferir-se; - Planear o transferir-se; - Assistir a pessoa a transferir-se; - Ensinar, instruir e treinar o transferir-se.
Avaliação	1 avaliação - Na transferência, com necessidade de auxílio de duas pessoas (Barthel – 45) Última avaliação – Na transferência necessita de ajuda de uma pessoa (Barthel – 65)	
Foco:Posicionar-se		
Diagnóstico de enfermagem	Objetivo	Intervenções de E.R.
Posicionar-se comprometido em grau moderado	- Capacitar a pessoa para o posicionamento seguro	- Ensinar, instruir e treinar posicionamentos seguros, no leito e sentado.
Avaliação	1 avaliação - Posiciona-se no leito, mas necessita de ajuda. Última avaliação - Necessita ainda de ajuda no posicionamento.	
Foco: Autocuidado higiene		
Diagnóstico de enfermagem	Objetivo	Intervenções de E.R.
Realizar higiene, dependente em grau moderado	- Capacitar a pessoa para a higiene	- Avaliação da capacidade para realizar a sua higiene; - Ensinar/ Instruir/ treinar estratégias adaptativas:
Avaliação	avaliação –Dependente em grau moderado. Instrução/ treino de estratégias adaptativas para a higiene. Última avaliação – Mantem-se com dependência moderada higiene. A parte inferior necessita de ajuda devido ao desequilíbrio fácil. Ensino de estratégias adaptativas e alteração estrutural para prevenção de quedas em casa junto, como o uso de esponja de cabo longo, na higiene, estar sentado num banco a tomar banho. ensino feito também à esposa.	

Foco: Vestir-se e despir-se		
Diagnóstico de enfermagem	Objetivo	Intervenções de E.R.
Vestir-se e despir-se, dependente em grau moderado	Capacitar a pessoa com estratégias e produtos de apoio	- Avaliação da capacidade para vestir-se e despir-se; - Ensinar/ Instruir/ treinar estratégias adaptativas; - Uso de calçadeira;
Avaliação	1º avaliação – Colaborante na instrução/treino de estratégias adaptativas. Última Avaliação – Necessita ainda de ajuda para vestir e despir a parte inferior.	
Foco: Deglutição		
Diagnóstico de enfermagem	Objetivo	Intervenções de E.R.
Deglutição comprometida	Prevenir aspiração Manter o estado nutricional/ hidratação	- Avaliar o estado de consciência/ orientação; - Executar técnica de posicionamento sentado na avaliação; - Monitorização da capacidade de deglutir; - Vigiar sinais vitais (saturação de oxigénio) - Ensinar sobre os riscos de uma aspiração. -Planear dieta Ajuste de textura e espessantes); -Supervisionar a deglutição; - Realizar exercícios de estimulação da deglutição, estimulação térmica, tátil e gustativa; - Realizar exercícios de motricidade orofacial
Avaliação	1º avaliação – Doente orientado, colaborante. Apresentava necessidade de líquido com espessante, com consistência néctar. Tinha comprometimento das condições de segurança na consistência líquida, tosse. Manteve saturações dentro do alvo. Última Avaliação - Mantem necessidade de espessante.	
Foco: queda		
Diagnóstico de enfermagem	Objetivo	Intervenções de E.R.
Risco de queda presente	- Prevenir a queda; - Garantir ambiente seguro.	- Monitorização do risco de queda utilizando a escala de Morse; -Incentivar para calçado adequado e ambiente seguro; - Auxiliar na deambulação/ supervisão; -Retirar do ambiente objetos que possam oferecer risco para a pessoa; -Orientar a pessoa quanto aos riscos e prevenção de quedas; -Orientar a pessoa/ esposa para medidas de segurança no domicílio. - Folhetos com imagens sobre como prevenir quedas no Hospital e domicílio.
Avaliação	1º Avaliação - Apresentava morse (95/ 125), tem história de queda, prévia ao internamento. Apresenta alto risco de queda. Pouco consciente das suas limitações, mas nunca colocou em risco a sua segurança. Foram mostrados folhetos e feito explicação de como manter um ambiente seguro no Hospital e no domicílio também para a esposa. Última avaliação - Score de (60/125), Não teve quedas neste período. Adesão às medidas de segurança. Ganhos -Conhecimento para evitar quedas e manter ambiente seguro demonstrado e consciencialização dos riscos. Sem ocorrência de quedas.	

Resumo :

Minimental	23/30 pontos. Consciente, orientado na pessoa, espaço e tempo.
Índice de Barthel:	1º avaliação - (45/100) grave dependência; última avaliação- (60/100) moderada dependência. Já usava bengala para andar.
Berg:	1º avaliação (0/56); sem equilíbrio estático e dinâmico, sentado e em pé, Última avaliação (8/56). Os ganhos foram no equilíbrio sentado (dinâmico e estático) e na transferência. Mantem um equilíbrio diminuído para a posição em pé (dinâmica não tem, a estática, está a melhorar, embora necessite de ajuda)
Morse	1º avaliação (95/125) Alto risco de queda; Última avaliação (60/125) – Mantem alto risco de queda, melhorou o item do consciente das suas capacidades
Força (MRC):	1º avaliação -Esquerdo (superior-5/5 - inferior5/5); Direito superior-5/5 – inferior5/5) Última avaliação - Força mantida nos 4 membros (5/5) Movimentos ativos em ambos os membros superiores e inferiores e apresenta uma força global mantida.

Apêndice VI - Descrição do caso 6

Indivíduo do género masculino, 66 anos de idade, casado, vive com a esposa num apartamento, com nível de escolaridade de 12 anos.

Como antecedentes pessoais relevantes tem Hipertensão Arterial, Hipotireoidismo e dislipidemia.

Internado por Síncope, com bradicardia e hipotensão. O motivo de internamento foi uma Pneumonia Adquirida na Comunidade. Ficou três dias no leito, algaliado, com cateter venoso central e oxigenioterapia.

Foram realizadas 3 sessões de enfermagem de reabilitação. Foi para o domicílio sem necessidade de continuar a reabilitação.

Foco: ventilação		
Diagnóstico	Objetivo	Intervenção de ER
Ventilação comprometida	Promover um padrão respiratório eficaz e ventilação eficaz; Corrigir defeitos posturais que possam comprometer uma ventilação eficaz Prevenir e corrigir defeitos na ventilação de modo a melhorar a distribuição e ventilação alveolar; Promover o fortalecimento diafragmático;	- Verificar os exames complementares de diagnóstico realizados (gasometria e RX); - Observar o tórax; - Observar as características da respiração; - Vigiar a respiração; - Gerir oxigenioterapia – óculos nasais a 1L/min; - Avaliar parâmetros vitais (TA, FR, FC); - Monitorizar a SpO2 (%) e FC - Realizar auscultação pulmonar; - Avaliar a ventilação; - Planear com a pessoa o programa a ser realizado; - Otimizar a ventilação com recurso a técnica de posicionamento através de posição de descanso e relaxamento; - Assistir a pessoa a otimizar a ventilação através de dispositivos respiratórios; - Executar técnica de posicionamento através de correção postural; - Incentivar uso de técnicas respiratórias; - Assistir a pessoa a otimizar a ventilação através da técnica respiratória; - Planear a atividade física.
Potencial para melhorar o conhecimento	Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento	- Avaliar conhecimento sobre ventilação; - Ensinar sobre complicações da doença; - Ensinar sobre técnicas respiratórias; - Ensinar sobre o uso de dispositivos respiratórios, o inspirómetro de incentivo por volume ; - Incentivar o uso de técnicas respiratórias; - Incentivar o uso de dispositivos respiratórios;
Potencial para melhorar a capacidade	Avaliar o potencial para melhorar a capacidade para otimizar a ventilação	- Avaliar a capacidade da pessoa para otimizar a respiração; - Instruir/ treinar o uso de dispositivos respiratórios;

		- Instruir/ treinar a técnica respiratória (10 minutos/ dia x2, progredir de 5 respirações x2 séries até 10 respirações x 3 séries, conforme tolerância): - Consciencialização da respiração e dissociação tempos respiratórios; - Respiração abdomino/diafragmática; - Reedução costal global com uso de bastão; - Reedução costal seletiva.
Avaliação	1ª avaliação – Muito recetivo à reabilitação respiratória, com saturações superiores a 96%, com auscultação pulmonar com murmúrio vesicular presente em ambos os campos pulmonares, normocardico. Com uma respiração rítmica e regular, expansão torácica simétrica, respiração predominantemente abdominal. Última avaliação – Sem necessidade de aporte de oxigenioterapia, com uma respiração regular, rítmica. Com conhecimentos e capacidades adquiridas para uma ventilação eficaz.	
Foco: Movimento muscular		
Diagnóstico	Objetivo	Intervenção de ER
Movimento muscular diminuído membro superior direito (condição previa)	- Manter a força muscular - Manter mobilidade osteoarticular	- Monitorizar a força muscular através da escala <i>Medical Research Council</i> (MRC); - Incentivar a pessoa a executar exercícios musculares e articulares ativos; - Executar técnicas de exercício muscular e articular (ativos-assistidos e ativos-resistidos) - Fazer pedaleira cerca de 5 minutos 2 x dia.
Avaliação	1ª avaliação – O movimento muscular diminuído no membro superior direito é uma condição sequelar do parto. Última avaliação – Força mantida	
Foco: equilíbrio corporal		
Diagnóstico	Objetivo	Intervenção de ER
Equilíbrio corporal comprometido -	Melhorar o equilíbrio corporal; Prevenção de quedas-	- Monitorizar equilíbrio corporal (escala de Berg) - Estimular o equilíbrio; -Avaliar o equilíbrio corporal (estático/dinâmico/sentado/ortostático); - Realização de exercícios no leito (ponte e rolamento); - Executar técnicas de treino de equilíbrio estático e dinâmico sentado: carga no cotovelo e facilitação cruzada; - Aplicar estratégias de correção postura (colocar-se junto ao lado oposto ao desequilíbrio, utilizar estímulos táteis, tocar no ombro homolateral ao desequilíbrio, recurso ao espelho); - Treino de equilíbrio ortostático: levantar e sentar, inicialmente com ajuda e gradualmente com ajuda mínima; - Incentivar a treinar o equilíbrio corporal.
Avaliação	1ª avaliação – Avaliação da Berg apresentava (5/56). Tinha equilíbrio corporal sentado estático restante comprometidos, esteve três dias no serviço de urgência sem fazer levantar e com a mobilidade reduzida. Última avaliação - Apresentava equilíbrio corporal estático e dinâmico sentado e em ortostatismo- Avaliação de Berg 51/ 56. Ganhos: equilíbrio corporal mantido.	

Diagnóstico secundário Dimensão: conhecimento Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de equilíbrio corporal	Objetivo Melhorar o conhecimento sobre a técnica do equilíbrio corporal estático e dinâmico	Intervenção de E.R - Avaliar o conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal (correção postural, equilíbrio estático e dinâmico); - Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica de treino de equilíbrio; - Ensinar sobre técnica de equilíbrio postural descrito anteriormente; - Ensinar sobre a condição da pessoa; - Avaliar a consciencialização da relação entre equilíbrio comprometido e risco de queda.
Avaliação	1ª avaliação – Tem potencial para adquirir conhecimentos, tem consciencialização da relação entre equilíbrio comprometido e risco de cair. Tem consciência das mudanças do seu estado de saúde Última avaliação - Conhecimento sobre a técnica do equilíbrio corporal. Ganhos: Conhecimento adquirido.	
Diagnóstico secundário Dimensão: aprendizagem de capacidades Potencial para melhorar a capacidade para usar a técnica de equilíbrio corporal.	Objetivo - Melhorar a capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal.	Intervenção de E.R - Avaliar a capacidade para executar técnicas de equilíbrio corporal (correção postural, oscilação de tronco); - Avaliar o potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas de equilíbrio corporal; - Instruir sobre técnicas para aumentar o equilíbrio corporal; - Incentivar a técnicas de equilíbrio corporal; - Treinar o equilíbrio corporal.
Avaliação	1ª avaliação - Apresenta ligeiro desvio do tronco para a direita, no entanto após ensino e treino, este melhorou. Última avaliação – Executa os exercícios de equilíbrio estático e dinâmico de forma independente. Ganhos: Capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal adquirida.	
Foco: Andar		
Diagnóstico de enfermagem	Objetivo	Intervenções de E.R.
Andar comprometido	- Melhorar a capacidade para andar; -Promover a segurança	- Incentivar a pessoa a andar; - Assistir a pessoa a andar; -Incentivar a correção do tronco ao andar; - Avaliar a capacidade para andar; - Instruir e treinar o andar com auxiliar de marcha - Ensinar/ Instruir e treinar o subir e descer as escadas; - Assistir a pessoa a subir e descer escadas.

Diagnóstico secundário Dimensão: conhecimento Potencial para melhorar o conhecimento sobre o andar	Objetivo -Melhorar o conhecimento sobre o andar.	Intervenção de E.R - Ensinar técnicas de adaptação para andar;
Diagnóstico secundário Dimensão: aprendizagem de capacidade Potencial para melhorar a capacidade para andar	-Melhorar a capacidade para andar;	- Instruir a andar com auxiliar de marcha – andarilho; - Instruir para andar com apoio unilateral de uma pessoa; - Treinar a andar com a auxiliar de marcha; - Treinar o andar de forma independente.
Avaliação	1 avaliação – Foi necessária ajuda unilateral, para se colocar em pé e conseguiu andar. Subir e descer escadas com ajuda. Última avaliação – Consegue realizá-lo de forma autónoma. Ganho – Independência.	
Foco: Transferir-se		
Diagnóstico de enfermagem	Objetivo	Intervenções de E.R.
Transferência comprometida em grau moderado	- Capacitar a pessoa para transferir-se - Manter a segurança da pessoa;	- Avaliar o transferir-se; - Incentivar o transferir-se; - Planear o transferir-se; - Assistir a pessoa a transferir-se; - Ensinar, instruir e treinar o transferir-se.
Avaliação	1 avaliação - Na transferência, com necessidade de auxílio de uma pessoa (Barthel –); Última avaliação – Independente (Barthel 100/100) Última Consegue realizar a transferência de forma autónoma. Ganho – Independência.	
Foco: Autocuidado higiene		
Diagnóstico de enfermagem	Objetivo	Intervenções de E.R.
Realizar higiene, dependente em grau reduzido	- Capacitar a pessoa para a higiene	- Avaliação da capacidade para realizar a sua higiene; - Ensinar/ Instruir/ treinar estratégias adaptativas como estar sentado.
Avaliação	avaliação –Dependente em grau reduzido. Instrução/ treino de estratégias adaptativas para a higiene. Última avaliação - Consegue realizar a higiene de forma autónoma. Ganho – Independência.	
Foco: queda		
Diagnóstico de enfermagem	Objetivo	Intervenções de E.R.
Risco de queda presente	- Prevenir a queda; - Garantir ambiente seguro.	- Monitorização do risco de queda utilizando a escala de Morse; -Incentivar para calçado adequado e ambiente

		seguro; - Auxiliar na deambulação/ supervisão; -Retirar do ambiente objetos que possam oferecer risco para a pessoa; - Orientar a pessoa quanto aos riscos e prevenção de quedas; -Orientar a pessoa/ esposa para medidas de segurança no domicílio. Folhetos sobre como prevenir quedas no Hospital e domicílio.
Avaliação	1º Avaliação – Apresentava na escala de Morse 55/ 125). Última avaliação – Morse (15/ 125) Ganhos -Conhecimento para evitar quedas e manter ambiente seguro demonstrado e consciencialização dos riscos. Sem ocorrência de quedas.	

Resumo :

Minimental	29/30 pontos. Consciente, orientado na pessoa, espaço e tempo.
Índice de Barthel:	1º avaliação (55/100); Última avaliação (100/100)
Berg:	1º avaliação (5/56); 2ª avaliação (51/56).
Morse	1º avaliação (55/125); Última avaliação (15/125)-
Força (MRC):	1º avaliação -Esquerdo (superior-5/5 - inferior5/5); Direito superior-4/5 – inferior5/5). Problema sequelar do parto. Última avaliação - Esquerdo (superior-5/5 - inferior5/5); Direito superior-4/5 – inferior5/5)

Apêndice VII- Descrição do caso 7

Indivíduo do género feminino, 62 anos de idade, casada, vive com o marido, com nível de escolaridade de 4 anos.

Como antecedentes pessoais salienta-se dois AVCs isquémicos à direita em 2019 e 2022, sem sequelas e HTA e tabagismo

Recorreu à urgência por quadro de diminuição da força à direita. Fez TAC que revelou AVC do hemisfério esquerdo lacunar.

Realizado 3 sessões de enfermagem de reabilitação. Foi para uma unidade de reabilitação.

Plano de cuidados de Enfermagem de reabilitação

Foco: Movimento muscular		
Diagnóstico	Objetivo	Intervenção de ER
Sem Movimento muscular no hemicorpo direito	- Maximizar força muscular no hemicorpo direito ; - Manter a força muscular no hemicorpo esquerdo; - Manter mobilidade osteoarticular	Monitorizar a força muscular através da escala <i>Medical Research Council</i> (MRC); -Promover/ Incentivar o posicionamento do hemicorpo em posição antiespástica; - Incentivar a pessoa a executar exercícios musculares e articulares ativos nos membros não afetados; - Executar técnicas de exercício muscular e articula passivas, consoante tolerância da pessoa e de forma progressiva: No membro inferior direito: - Dedos do pé – flexão/extensão e adução/ abdução, 3 séries de 10 repetições cada uma; -Tíbio-Társica – Eversão/ inversão, dorsiflexão/ flexão plantar, 3 séries de 10 repetições cada uma; -Joelho– Flexão (aproximadamente 90 °)/ extensão, 3 séries de 10 repetições cada uma; - Coxofemural – rotação interna/ externa, abdução/ adução, flexão/ extensão e circundação, 3 séries de 10 repetições cada uma; No membro superior direito: 3 séries de 10 repetições: - Dedos da mão: flexão/ extensão, abdução/ adução, oponência; - Punho - desvio cubital/ radial, flexão/ extensão; - Antebraço - Pronação/ supinação; -Cotovelo – flexão/ extensão; - Ombro - rotação interna e externa, abdução e adução, elevação/ depressão, circundação e flexão/ extensão; - Executar técnicas de exercício muscular e articular ativos-resistidos: No membro inferior esquerdo: - Executar técnicas de exercício muscular e articular ativos-resistidos descritos

		anteriormente para o membro inferior, 3 séries de 10 repetições cada uma; No membro superior esquerdo: - Executar técnicas de exercício muscular e articular ativos-resistidos descritos anteriormente para o membro superior, 3 séries de 10 repetições cada uma;
Avaliação	1ª avaliação - Foi feita uma avaliação com a escala MRC – Apresentava 0/5 no membro inferior direito e 0/ 5 no membro superior direito, no hemisfério esquerdo 5 / 5 tanto superior como inferior. Trata-se de uma plégia. Sem dor osteoarticular em repouso ou em movimento. Sem espasticidade. Última avaliação – Reavaliada escala MRC – Apresentava plegia braquial à direita sem espasticidade e paresia crural 1/5, no hemisfério esquerdo mantém força 5 / 5, tanto superior como inferior.	
Diagnóstico secundário Dimensão: conhecimento Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular	Objetivo -Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular; - Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular; - Melhorar o conhecimento.	Intervenção de ER - Avaliar a aprendizagem sobre técnicas de exercício muscular e articular; - Ensinar sobre exercícios musculares e articulares descritos anteriormente; - Avaliar o conhecimento sobre prevenção de complicações.
Avaliação	1ª avaliação - Pessoa recetiva, com potencial para adquirir conhecimentos sobre os exercícios musculares e articulares. Já possuía alguns conhecimentos. Feito ensino sobre sinais de alerta de complicações do AVC. Última avaliação – Conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular demonstrado. Ganho - Conhecimento sobre o processo patológico e complicações demonstrado.	
Diagnóstico secundário Dimensão: Aprendizagem de capacidades Potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular.	Objetivo -Avaliar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular; Avaliar o potencial para melhorar a capacidade para a técnica de exercício muscular e articular; - Melhorar a capacidade para realizar exercícios musculares e articulares.	Intervenção de ER -Instruir exercícios musculares e articulares descritos anteriormente; -Treinar exercícios musculares e articulares descritos anteriormente; -Incentivar técnicas de exercício muscular e articular que consegue executar autonomamente no período da tarde.
Avaliação	1ª avaliação - Recetiva à instrução e treino dos respetivos exercícios. Última avaliação – Capacidade para executar alguns exercícios, mas muito dependente em outros.	
Foco: equilíbrio corporal		
Diagnóstico	Objetivo	Intervenção de ER
Equilíbrio corporal comprometido -	Melhorar o equilíbrio corporal; Prevenção de quedas-	- Monitorizar equilíbrio corporal (escala de Berg) - Estimular o equilíbrio; -Avaliar o equilíbrio corporal (estático/dinâmico/sentado/ortostático);

		- Realização de exercícios no leito (ponte e rolamento); - Executar técnicas de treino de equilíbrio estático e dinâmico sentado: carga no cotovelo e facilitação cruzada; - Aplicar estratégias de correção postura (colocar-se junto ao lado oposto ao desequilíbrio, utilizar estímulos táteis, tocar no ombro homolateral ao desequilíbrio, recurso ao espelho); - Treino de equilíbrio ortostático: levantar e sentar inicialmente com ajuda e gradualmente com ajuda mínima; - Incentivar a treinar o equilíbrio corporal.
Avaliação	1º avaliação – Avaliação da Berg apresentava (0/56) Sem equilíbrio, nem estático nem dinâmico. Última avaliação – Berg (3/56). Equilíbrio estático (sentado e dinâmico) adquirido, sem equilíbrio em pé. Muito dependente.	
Diagnóstico secundário Dimensão: conhecimento Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de equilíbrio corporal	Objetivo Melhorar o conhecimento sobre a técnica do equilíbrio corporal estático e dinâmico	Intervenção de E.R - Avaliar o conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal (correção postural, equilíbrio estático e dinâmico); - Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica de treino de equilíbrio; - Ensinar sobre técnica de equilíbrio postural descrito anteriormente; - Ensinar sobre a condição da pessoa; - Avaliar a consciencialização da relação entre equilíbrio comprometido e risco de queda.
Avaliação	1ª avaliação –Tem potencial para adquirir/ aprofundar conhecimentos. Tem consciencialização da relação entre equilíbrio comprometido e risco de cair. Última avaliação – Tem conhecimentos sobre a técnica do equilíbrio corporal. Ganhos: Conhecimento demonstrado.	
Diagnóstico secundário Dimensão: aprendizagem de capacidades Potencial para melhorar a capacidade para usar a técnica de equilíbrio corporal	Objetivo - Melhorar a capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal.	Intervenção de E.R - Avaliar a capacidade para executar técnicas de equilíbrio corporal (correção postural, oscilação de tronco); - Avaliar o potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas de equilíbrio corporal; - Instruir sobre técnicas para aumentar o equilíbrio corporal; - Incentivar a técnicas de equilíbrio corporal; - Treinar o equilíbrio corporal.
Avaliação	1 º avaliação – Apresenta ligeiro desvio do tronco para o lado plegico, no entanto após ensino, este melhorou. Recurso ao espelho. Última avaliação – Capacidade para ter equilíbrio sentada, no entanto em pé não. Sem capacidade para equilíbrio para pôr-se de pé nem para andar. Ganhos: Capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal sentada demonstrado.	
Foco: Transferir-se		
Diagnóstico de enfermagem	Objetivo	Intervenções de E.R.

Transferência comprometida em grau elevado	- Capacitar a pessoa para transferir-se - Manter a segurança da pessoa;	- Avaliar o transferir-se; - Incentivar o transferir-se; - Planear o transferir-se; - Assistir a pessoa a transferir-se; - Ensinar, instruir e treinar o transferir-se.
Avaliação	1 avaliação - necessidade de auxílio de duas pessoas (Barthel – 10). Última avaliação – Mantem-se dependente na transferência (Barthel – 30)	
Foco: Posicionar-se		
Diagnóstico de enfermagem	Objetivo	Intervenções de E.R.
Posicionar-se comprometido em grau moderado	- Capacitar a pessoa para o posicionamento seguro e antiespástico;	- Ensinar, instruir e treinar posicionamentos seguros, no leito e sentado.
Avaliação	1 avaliação – Já possuía alguns conhecimentos sobre posicionamentos seguros, que foram reforçados, mas necessidade de ajuda: Última avaliação - Mantem necessidade de ajuda para se posicionar. Ganhos – Conhecimentos demonstrado, com potencial para a capacidade, mas com necessidade de ajuda.	
Foco: Autocuidado higiene		
Diagnóstico de enfermagem	Objetivos	Intervenções de E.R.
Realizar a higiene - dependente	- Capacitar a pessoa para a higiene.	- Avaliação da capacidade para realizar a sua higiene; - Ensinar/ Instruir/ treinar estratégias adaptativas.
Avaliação	1ª avaliação – Dependente, Recetiva para a instrução/ treino de estratégias adaptativas para a promoção da sua autonomia/ independência. Última avaliação – Mantem dependência para realizar higiene. Consegue pentear-se e lavar os dentes com a mão esquerda. Ganhos – Promoção da independência no arranjo pessoal com o lado esquerdo. Ainda dependente para a sua higiene.	
Foco: Vestir-se e despir-se		
Diagnóstico de enfermagem	Objetivo	Intervenções de E.R.
Vestir-se e despir-se, dependente	Capacitar a pessoa para a o uso estratégias adaptativas e produtos de apoio	- Avaliação da capacidade para vestir-se e despir-se; - Ensinar/ Instruir/ treinar estratégias adaptativas; - Uso de calçadeira;
Avaliação	1º avaliação –Colaborante na instrução/treino de estratégias adaptativas. Dependente. Última avaliação – Participa na realização desta tarefa, mas com grande ajuda. Ganhos – Pequenas tarefas são executadas como o vestir a parte de cima.	
Foco: queda		
Diagnóstico de enfermagem	Objetivo	Intervenções de E.R.
Risco de queda presente	- Prevenir a queda; - Garantir ambiente seguro.	- Monitorização do risco de queda utilizando a escala de Morse; -Incentivar para calçado adequado e ambiente seguro;

		-Retirar do ambiente objetos que possam oferecer risco para a pessoa; -Orientar a pessoa quanto aos riscos e prevenção de quedas; -Orientar a pessoa/ filha para medidas de segurança no domicílio. Entrega de Folhetos sobre como prevenir quedas no hospital e domicílio.
Avaliação	1º Avaliação– Apresentava morse (35/ 125), sem história de queda prévia ao internamento. Sempre muito consciente das suas limitações, nunca colocou em risco a sua segurança. Última avaliação - Score de (15/125), Não teve quedas neste período. Adesão às medidas de segurança. Ganhos -Conhecimento para evitar quedas e manter ambiente seguro demonstrado e consciencialização dos riscos. Sem ocorrência de quedas.	

Resumo :

Minimental	24/30 pontos. Consciente, orientado na pessoa, espaço e tempo.
Índice de Barthel:	1º avaliação (10/100); Última avaliação (30/100)
Berg:	1º avaliação (0/56); 2ª avaliação (3/ 56).
Morse	1º avaliação (35/125); Última avaliação (15/125)-
Força (MRC):	1º avaliação -Esquerdo (superior-5/5 - inferior5/5); Direito superior-0/5 – inferior0/5) Última avaliação - Esquerdo (superior-5/5 - inferior5/5); Direito superior-0/5 – inferior1/5)

Apêndice VIII– DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

Caro senhor(a)

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo não está claro ou que está incorreto, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento por favor. A sua participação não traz riscos nem benefícios.

Título do Estudo: A pessoa com equilíbrio comprometido - Contributos da Enfermagem de Reabilitação

Enquadramento: No âmbito do 9º Curso de Mestrado em Associação – Especialidade em Enfermagem de Reabilitação, na Universidade de Évora/ ESESJD. O orientador da instituição de ensino é o Professor Bruno Ferreira.

Explicação do Estudo: O presente estudo tem como objetivo analisar os contributos de um programa de reeducação funcional motora, na promoção do equilíbrio corporal, na pessoa hospitalizada. Os dados recolhidos serão apresentados em forma de relatório. Caso esta investigação venha a ser publicada, todos os dados serão mantidos anónimos e nenhuma identificação do/a participante constará;

Os critérios que permitem a participação no estudo são: Estar orientado nas três vertentes, pessoa, espaço e no tempo; ter mais de 18 anos e ter o equilíbrio comprometido.

Caso decida participar no estudo e no decurso do mesmo ocorra algum problema de saúde, a sua participação será suspensa. Se algum dos participantes desejar abandonar o estudo durante o período de investigação, que será durante o seu internamento, não sofrerá qualquer consequência. Se tiver dúvidas sobre o estudo, tem o direito de perguntar e ver respondidas todas as questões. Pode contactar a investigadora, enfermeira no HSB por email dora.hortelao@uls.min-saude.pt ou através contato telefónico 9[REDACTED]

Confidencialidade e Anonimato: Os dados obtidos neste estudo serão totalmente confidenciais e usados exclusivamente para o mesmo, não havendo a identificação de nenhum dos participantes, garantindo-se assim o anonimato dos mesmos. o estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética da ULSA.

Agradeço desde já a sua disponibilidade para a participação neste estudo, contribuindo para o desenvolvimento do conhecimento científico em enfermagem.

Confirmo que expliquei ao/ à participante de forma adequada e inteligível os procedimentos necessários do estudo. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão do/a participante no estudo;

O Investigador

Enf.º Dora Isabel Letras Hortelão

Li e compreendi o conteúdo deste documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pelo/a investigador/a.

Declaro que tive tempo para refletir sobre a minha decisão de participar neste estudo. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências.

Declaro que aceito participar neste estudo “A pessoa com equilíbrio comprometido - Contributos da Enfermagem de Reabilitação”, e que tomo a minha decisão de forma informada, livre e esclarecida e que permito a utilização dos meus dados para esta investigação, com as garantias de confidencialidade e anonimato que me foram dadas pelo investigador/a.

Assinatura do Participante (ou representante legal)

Data ____/____/____

(Este documento é feito em duplicado, sendo um exemplar para os investigadores e o outro para a pessoa que deu o seu consentimento informado)

Apêndice IX - Instrumento de colheita de dados

INSTRUMENTO DE REGISTO DE DADOS

Número do estudo de caso

--

Data _____

Caracterização sócio demográfica

Idade

Agregado familiar

Género	
Masculino	
Feminino	
Outra situação	

Habilitações literárias	
Analfabeto	
Ensino básico	
Ensino secundário	
Licenciatura	
Mestrado	
Doutoramento	

Caracterização clínica

Patologias

Alteração anterior no equilíbrio	
Sim	
Não	

Motivo de internamento

Quedas há menos de 3 meses	
Sim	
Não	

Parâmetros vitais	
Pressão arterial	
Frequência cardíaca	
Frequência respiratória	
Outras	

Instrumentos de avaliação – Escalas

Equilíbrio corporal		
Primeira avaliação: equilíbrio comprometido		
Sentado	Estático	
	Dinâmico	
Em pé (ortostático)	Estático	
	Dinâmico	

Nota: colocar uma X no que estiver comprometido

Escala de Equilíbrio de Berg	
1ª avaliação	2ª avaliação

Equilíbrio corporal		
Segunda avaliação: equilíbrio comprometido		
Sentado	Estático	
	Dinâmico	
Em pé (ortostático)	Estático	
	Dinâmico	

Nota: colocar uma X no que estiver comprometido

Escala de Morse	
1ª avaliação	2ª avaliação

Índice de Barthel	
1ª avaliação	2ª avaliação

Escala de MRC	
1ª avaliação	2ª avaliação
MSDto - MS Esq MInf Dto MInf. Esq	MSDto - MS Esq MInf Dto MInf. Esq

Escala de MMSE

Observação do comportamento:

- Tem perceção do equilíbrio comprometido - (Sim/ não)
- Consciencialização do equilíbrio/ queda (medo de cair) - (Sim/ não)
- Perceção do risco (evita atividades com medo de cair) - (Sim/ não)
- Realismo quanto à limitação - (Sim/ não)
- Respeita orientação de segurança dadas pela equipa - (Sim/ não)

Fonte: A própria

ANEXOS

ANEXO I - Escala de Equilíbrio de Berg (EEB)

Escala de equilíbrio de Berg

A Escala de Equilíbrio de Berg, da autoria de Katherine Berg no ano de 1992, encontra-se validada e traduzida para português, sendo o seu objetivo, avaliar o equilíbrio funcional estático e dinâmico, e ainda prever o risco de queda, em adultos e idosos (OE, 2016).

É composto por atividades como a coordenação, equilíbrio, capacidade de mudança de decúbito e avaliação das transferências, como o levantar, sentar, rodar em torno de si mesmo, transferência de carga para a frente e para os lados, apanhar um objeto do chão, entre outras (OE, 2016).

Interpretação dos resultados é feito através da avaliação de 14 itens. Cada um destes itens apresenta 5 alternativas de desempenho que permitem a atribuição de uma pontuação entre 0 e 4 (0- incapaz de executar e 4 – capaz de forma independente) sendo a classificação máxima possível de 56 pontos. Portanto quanto maior for o score, menor o risco de queda e maior o equilíbrio.

Assim, temos:

- 0-20 – Equilíbrio diminuído/elevado risco de queda
- 21-40 – Equilíbrio Médio/ Médio risco de queda
- 41-56 – Bom equilíbrio/ baixo risco de queda

Para a realização da Escala de Equilíbrio de Berg será necessários equipamentos como um relógio, uma régua, um banco e uma cadeira. O tempo de aplicação do teste é de aproximadamente 30 minutos.

DESCRIÇÃO DOS ITENS Pontuação (0-4)

1. Da posição de sentado para a posição de pé	_____
2. Ficar em pé sem apoio	_____
3. Sentado sem apoio	_____
4. Da posição de pé para a posição de sentado	_____
5. Transferências	_____
6. Ficar em pé com os olhos fechados	_____
7. Ficar em pé com os pés juntos	_____
8. Inclinar-se para a frente com o braço esticado	_____
9. Apanhar um objecto do chão	_____
10. Virar-se para olhar para trás	_____
11. Dar uma volta de 360 graus	_____
12. Colocar os pés alternadamente num degrau	_____
13. Ficar em pé com um pé à frente do outro	_____
14. Ficar em pé sobre uma perna	_____

TOTAL _____

1. Da posição de sentado para a posição em pé

Instruções: Instrução: Por favor, levante-se. Tente não usar suas mãos para se apoiar.

- 4. capaz de levantar-se sem utilizar as mãos e estabilizar-se independentemente
- 3. capaz de levantar-se independentemente utilizando as mãos
- 2. capaz de levantar-se utilizando as mãos após diversas tentativas
- 1. necessita de ajuda mínima para levantar-se ou estabilizar-se
- 0. necessita de ajuda moderada ou máxima para levantar-se

2. Permanecer em pé sem apoio

Instruções: Por favor, fique de pé por dois minutos sem se apoiar.

- 4. capaz de permanecer em pé com segurança durante 2 minutos
- 3. capaz de permanecer em pé durante 2 minutos com supervisão
- 2. capaz de permanecer em pé durante 30 segundos sem apoio
- 1. necessidade de várias tentativas para permanecer 30 segundos sem apoio
- 0. incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio

Se a pessoa for capaz de permanecer em pé por 2 minutos sem apoio, marque pontuação máxima no item 3 e siga diretamente para o item 4.

3. Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banco Instruções: Por favor, fique sentado sem apoiar as costas com os braços cruzados durante 2 minutos.

- 4. capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 2 minutos
- 3. capaz de permanecer sentado durante 2 minutos sob supervisão
- 2. capaz de permanecer sentado durante 30 segundos
- 1. capaz de permanecer sentado durante 10 segundos
- 0. incapaz de permanecer sentado sem apoio durante 10 segundos

4. Posição em pé para posição sentada

Instruções: Por favor, sente-se.

- 4. senta-se com segurança com uso mínimo das mãos
- 3. controla a descida utilizando as mãos
- 2. utiliza a parte posterior das pernas contra a cadeira para controlar a descida
- 1. senta-se independentemente, mas tem descida sem controle
- 0. necessita de ajuda para sentar-se

5. Transferências

Instruções: Arrumar as cadeiras perpendicularmente ou uma de frente para a outra para uma transferência em pivô. Pedir à pessoa para transferir-se de uma cadeira com apoio de braço para uma cadeira sem apoio de braço, e vice-versa:

- 4. capaz de transferir-se com segurança com uso mínimo das mãos
- 3. capaz de transferir-se com segurança com o uso das mãos
- 2. capaz de transferir-se seguindo orientações verbais e/ou supervisão
- 1. necessita de uma pessoa para ajudar
- 0. necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar para realizar a tarefa com segurança

6. Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados

Instruções: Por favor, fique em pé e feche os olhos por 10 segundos.

- 4. capaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança
- 3. capaz de permanecer em pé por 10 segundos com supervisão
- 2. capaz de permanecer em pé por 3 segundos

1. incapaz de permanecer com os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé
0. necessita de ajuda para não cair

7. Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos

Instruções: Junte os seus pés e fique em pé sem se apoiar

4. capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com segurança
3. capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com supervisão
2. capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 30 segundos
1. necessita de ajuda para posicionar-se, mas é capaz de permanecer com os pés juntos durante 15 segundos
0. necessita de ajuda para posicionar-se e é incapaz de permanecer nessa posição por 15 segundos

8. Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé

Instruções: Levante o braço a 90°. Estique os dedos e tente alcançar a frente o mais longe possível.

4. pode avançar a frente >25 cm com segurança
3. pode avançar a frente >12,5 cm com segurança
2. pode avançar a frente >5 cm com segurança
1. pode avançar a frente, mas necessita de supervisão
0. perde o equilíbrio na tentativa, ou necessita de apoio externo

9. Apanhar um objeto do chão a partir da posição em pé

Instruções: Pegar um sapato/chinelo localizado à frente dos seus pés

4. capaz de apanhar o chinelo facilmente e com segurança
3. capaz de apanhar o chinelo, mas necessita supervisão
2. incapaz de apanhar o chinelo, mas alcança 2-5cm (1-2 polegadas) do chinelo e mantém o equilíbrio de maneira independente
1. incapaz de apanhar e necessita supervisão enquanto tenta
0. incapaz de tentar / necessita assistência para evitar perda de equilíbrio ou queda

10. Virar-se e olhar para trás, por cima dos ombros direito e esquerdo, enquanto permanece em pé

Instruções: Virar e olhar para trás sobre o ombro esquerdo. Repetir para o direito. O examinador pode pegar um objeto para olhar e colocá-lo atrás da pessoa para encorajá-la a virar-se.

4. olha para trás de ambos os lados com uma boa distribuição do peso
3. olha para trás somente de um lado, o lado contrário demonstra menor distribuição do peso
2. vira somente para os lados, mas mantém o equilíbrio
1. necessita de supervisão para virar
0. necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair

11. Girar 360 graus

Instrução: Gire-se completamente ao redor de si mesmo. Pausa. Gire-se completamente ao redor de si mesmo em sentido contrário.

4. capaz de girar 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos
3. capaz de girar 360 graus com segurança somente para um lado em 4 segundos ou menos
2. capaz de girar 360 graus com segurança, mas lentamente

- 1. necessita de supervisão próxima ou orientações verbais
- 0. necessita de ajuda enquanto gira

12. Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banco enquanto permanece em pé sem apoio

Instruções: Toque cada pé alternadamente no degrau/banquinho. Continue até que cada pé tenha tocado o degrau/banco quatro vezes.

- 4. capaz de permanecer em pé independentemente e com segurança, completando 8 movimentos em 20 segundos
- 3. capaz de permanecer em pé independentemente e completar 8 movimentos em >20 segundos
- 2. capaz de completar 4 movimentos sem ajuda
- 1. capaz de completar >2 movimentos com o mínimo de ajuda
- 0. incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair

13. Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente

Instruções: Coloque um pé diretamente à frente do outro na mesma linha, se você achar que não irá conseguir, coloque o pé um pouco mais à frente do outro pé e levemente para o lado.

- 4. capaz de colocar um pé imediatamente à frente do outro, independentemente, e permanecer por 30 segundos
- 3. capaz de colocar um pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado, independentemente, e permanecer por 30 segundos
- 2. capaz de dar um pequeno passo, independentemente, e permanecer por 30 segundos
- 1. necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos
- 0. perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar de pé

14. Permanecer em pé sobre uma perna

Instruções: Fique em pé sobre uma perna o máximo que você puder sem se segurar.

- 4. capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por >10 segundos
- 3. capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por 5-10 segundos
- 2. capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por ≥ 3 segundos
- 1. tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, embora permaneça em pé independentemente
- 0. incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair

Fonte: Adaptado de Ordem dos Enfermeiros (2016).

ANEXO II – Escala de Morse

Escala de Morse

A escala de Morse, de autor de Morse, em 1989, tem como objetivo avaliar o risco de queda.

Interpretação dos resultados: Seis itens com duas ou três hipóteses cada um. É dada uma pontuação para cada resposta e a soma das pontuações em cada um dos seis itens, resulta num score que indica o risco de queda. A pontuação varia de 0 a 125 pontos, em que quanto menor o score, menor o risco de queda (DGS, 2019).

Sem risco (0 e ≤ 24 pontos); Baixo risco (≥ 25 e ≤ 50 pontos); Alto risco (≥ 51 pontos).

A aplicação da escala deve ocorrer nos seguintes momentos: Sempre que houver alterações no estado clínico, durante transferências Intra ou inter-hospitalares e após qualquer ocorrência de queda (DGS, 2019).



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



DGS desde
1899
Direção-Geral da Saúde

Escala de Quedas de Morse. Versão Portuguesa

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses Não Sim	0 25
2. Diagnóstico(s) secundário(s) Não Sim	0 15
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andarrilho Apoia-se no mobiliário para andar	0 15 30
4. Terapia intravenosa Não Sim	0 20
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilidade Dependente de ajuda	0 10 20
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0 15

Fonte : DGS. (2019). Norma nº 008/2019 da. [Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares - Portal das Normas Clínicas](#)

ANEXO III – Índice de Barthel

Índice de Barthel

O índice de Barthel é um instrumento que avalia o nível de independência funcional da pessoa para a realização de dez atividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfínteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Mahoney e Barthel, 1965).

A pontuação da escala varia de 0 -100 (com intervalos de 5 pontos). A pontuação mínima de zero corresponde a máxima dependência para todas as atividades de vida diárias (AVD) avaliadas, e a máxima de 100 equivale a independência total para as mesmas AVD avaliadas. Interpretação do resultado:

- 0-20 – Dependência total
- 21-60 – Grave dependência
- 61-90 – Moderada dependência
- 91-99 – Muito leve dependência
- 100 independência

Higiene pessoal

0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal

5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)

Evacuar

0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)

5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana)

10 = Continente (não apresenta episódios de incontinência)

Urinar

0 = Incontinente ou algaliado

5 = Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas)

10 = Continente (por mais de 7 dias)

Ir à casa de banho (uso de sanitário)

0 = Dependente

5 = Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho

10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)

Alimentar-se

0 = Incapaz

5 = Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc.

10 = Independente (a comida é providenciada)

Transferências (cadeira /cama)

0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se

5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se

10 = Pequena ajuda (verbal ou física)

15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)

Mobilidade (deambulação)

0 = Imobilizado

5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc.

10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)

15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)

Vestir-se

0 = Dependente

5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda

10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)

Escadas

0 = Incapaz

5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão

10 = Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala)

Banho

0 = Dependente

5 = Independente (lava-se no chuveiro/ banho de imersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)

Total (0 - 100)

Fonte: Adaptado de Apóstolo (2012)

ANEXO IV – Escala de avaliação da força muscular - Medical Research Council Muscle Scale (MRC)

Escala de avaliação da força muscular - Medical Research Council Muscle Scale

Medical Research Council Muscle Scale - A escala MRC, formulada pelo Medical Research Council em 1943, pretende avaliar a força muscular. São atribuídos níveis de força que variam entre 0 (quando se não verifica contração muscular visível ou palpável) e 5 (quando se verifica presença de força normal). Esta graduação faz-se em relação ao máximo esperado para aquele músculo, através de resistência à mobilização ativa (OE, 2016).

Medical Research Council Muscle Scale

0	sem contração muscular palpável ou visível
1	contração palpável ou visível, mas sem movimento do membro
2	movimento sem vencer a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular
3	movimento que vence a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular, mas não vence resistência
4	movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade
5	força normal

Fonte: Adaptado de Ordem dos Enfermeiros (2016) e Medical Research Council (1943).

ANEXO V - Escala Minimental Sate Examination (MMSE)

Escala Minimental Sate Examination (MMSE)

A MMSE foi elaborada por Folstein et al. (1975). É um teste para avaliação do funcionamento cognitivo. O score pode variar de 0 a 30. As pontuações de limiar diagnóstico para defeito cognitivo, em função do nível de escolaridade obtidos no processo de validação para Portugal (Apóstolo, 2012). Pontuação para corte: igual ou superior a 22 se sem escolaridade ou escolaridade até 2 anos, igual ou superior a 24 se de 3 a 6 anos de escolaridade, e igual ou superior a 27 se mais de 7 anos de escolaridade (Morgado et al., 2009).

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? ____
Em que mês estamos? ____
Em que dia do mês estamos? ____
Em que dia da semana estamos? ____
Em que estação do ano estamos? ____

Nota: ____

Em que país estamos? ____
Em que distrito vive? ____
Em que terra vive? ____
Em que casa estamos? ____
Em que andar estamos? ____

Nota: ____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra_ Gato
Bola ____

Nota: ____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

Nota: ____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar". Pêra ____

Gato ____
Bola ____

Nota: ____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio ____
Lápis ____

Nota: ____

- b. “Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA”

Nota: ____

- c. “Quando eu lhe der esta folha, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa”, (ou “sobre a cama”, se for o caso); dar a folha, segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita

Dobra ao meio

Coloca onde deve

Nota: ____

- d. “Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz”. Mostrar um cartão com a frase bem legível, “FECHE OS OLHOS”; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos

Nota: ____

- e. “Escreva uma frase inteira aqui”. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Nota: ____

6. **Habilidade construtiva** (um ponto pela copia correcta)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.

Desenho



Cópia

Total: ____

Fonte: Adaptado de Apóstolo (2012)

ANEXO VI – Parecer da Comissão de Ética e do Encarregado da proteção de dado



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

INVESTIGAÇÃO E DE EPIDEMIOLOGIA CLÍNICA

DELIBERAÇÃO:

NOTA DE SERVIÇO

PARA: Exma. Sr.ª Enfermeira Diretora, Enf.ª Maria Violante Nunes

DE: Dr. Filipe Seixo, Diretor do Centro de Formação, Investigação e de Epidemiologia Clínica 26-11-2025

ASSUNTO: Autorização para realização do estudo "A pessoa com equilíbrio corporal comprometido - Contributos da Enfermagem de Reabilitação", a realizar nos serviços de Ortopedia do [] e Medicina Interna do Hospital São [] Unidade Local de Saúde [], cuja Investigadora Principal é a Enf.ª Dora Hortelão.

O estudo é um projeto de investigação, conferidor de grau (mestrado), nacional e transversal, que tem como objetivo principal analisar os contributos de um programa de reeducação funcional motora, na promoção do equilíbrio corporal, na pessoa hospitalizada.

O estudo teve parecer favorável da Comissão de Ética (CE) e do Encarregado de Proteção de Dados (EPD), não contempla contrato financeiro, nem custos para a ULSA.

Face ao exposto submete-se à consideração superior,

Filipe Seixo

DESPACHO

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

O CA []

Luis Pombo []

Presidente do Conselho de Administração

João Santos []

Vogal Financeiro

Maria Violante Nunes []

Enfermeira Diretora

Nuno Marques []

Diretor Clínico CSH

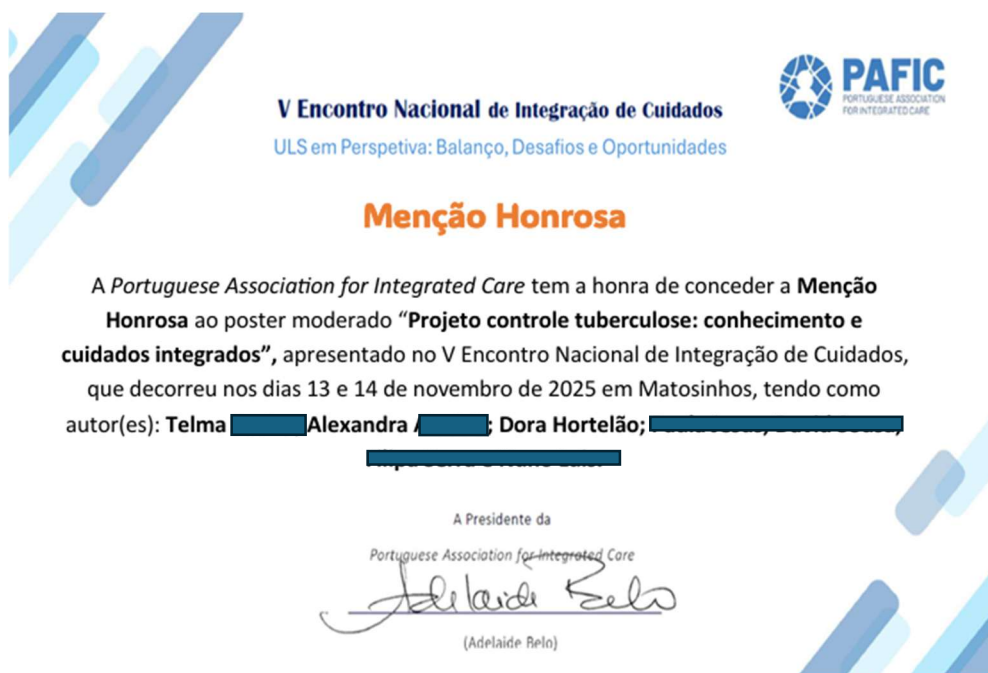
Gera André []

Enfermeira Clínica CSP

ANEXO VII – Trabalhos realizados ao longo do mestrado







Comemoração Dia Nacional do Enfermeiro de Reabilitação 2025

“No passado 18 de outubro celebrou-se mais um dia Nacional do Enfermeiro de Reabilitação, que pretendeu assinalar a importância dos cuidados especializados prestados por estes profissionais, que permitem ajudar as pessoas com doenças agudas e crónicas ou com sequelas a maximizar o seu potencial funcional. Em tempo de comemoração importa agradecer o empenho, motivação e competências dos enfermeiros de reabilitação da ULS, que diariamente “vestem a camisola” pela autonomia, funcionalidade e qualidade de vida dos utentes, contribuindo para a integração plena dos mesmos em todos os contextos, proporcionando-lhes o direito à dignidade e bem-estar.

O Núcleo de Enfermeiros Especialistas de Reabilitação de forma a comemorar a data e evidenciar o papel do enfermeiro de reabilitação na maximização do potencial funcional da pessoa pelo desenvolvimento das suas capacidades, organizou uma atividade na comunidade, em articulação com a Câmara Municipal de Évora, intitulada **“CONSIGO POR UMA MELHOR CONDIÇÃO FÍSICA”**, dia 21/10 no **Vale do Côa**. A atividade teve como objetivos a avaliação de capacidade funcional de idosos, através da Short Physical Performance Battery e a promoção da atividade física.

A intervenção do enfermeiro de reabilitação de forma a assegurar a manutenção da capacidade funcional, prevenção de complicações e incapacidade torna-se crucial na resposta às necessidades de uma população cada vez mais envelhecida e em constante transformação. Cuidar por um Futuro com Qualidade”.

Publicado na newsletter da ULS, n.24, 2025 <https://sway.cloud.microsoft/CWi8vpxZng>



ULS promove atividade “Consigo por uma Melhor Condição Física” dedica à pessoa idosa

“O índice de envelhecimento populacional em Portugal é uma realidade desafiadora que exige cada vez mais a implementação de estratégias que promovam um envelhecimento ativo. Neste âmbito a prática de atividade física regular é amplamente reconhecida como fator essencial para melhorar a qualidade de vida dos idosos, promovendo benefícios físicos, mentais e sociais. Neste âmbito o Núcleo de Enfermeiros de Reabilitação em articulação com a Câmara Municipal de [REDACTED] realizou mais uma atividade sob a tema “CONSIGO POR UMA MELHOR CONDIÇÃO FÍSICA”, que decorreu na Associação de Idosos no dia 25/11/2025.

O objetivo da atividade foi a promoção da Atividade física na pessoa idosa e o papel do Enfermeiro de Reabilitação na maximização da funcionalidade com foco na promoção da sua autonomia e qualidade de vida através da avaliação, educação, treino e planeamento de programas de exercício estruturados e individualizados. Para além da sensibilização para a importância da atividade física, foi realizada a avaliação de capacidade funcional dos idosos através da Short Physical Performance Battery. Para finalizar a atividade foi realizada uma sessão de exercícios, de forma a demonstrar exercícios simples e que facilmente poderão ser realizados de forma autónoma pelos idosos”.

Publicado na Newsletter da ULS n. 27, 2025 e [https://www.cm-\[REDACTED\].pt/viver/noticias/noticia/consigo-por-uma-melhor-condicao-fisica-incentiva-seniores-ao-exercicio](https://www.cm-[REDACTED].pt/viver/noticias/noticia/consigo-por-uma-melhor-condicao-fisica-incentiva-seniores-ao-exercicio)



TÉCNICAS DE MOBILIZAÇÃO à pessoa com ALTERAÇÃO DA MOBILIDADE

Destinatários
Técnicos Auxiliares de Saúde e
Assistentes Operacionais

Formandos
20

Dia/Horários
21 de janeiro de 2026 | 9h00 - 16h00

Local
Sala de Sessões do Hospital Ortopédico

Formadores
Elementos do Núcleo de
Enfermeiros Especialistas em Reabilitação

TEMAS:
» Lesões Musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho
» Mecânica Corporal
» Posicionamento e Transferências
» Simulação e Avaliação prática

Informações
Certificação com assiduidade de 100%

INSCRIÇÕES ONLINE



até 16 de janeiro de 2026

Contactos



Ação promovida por:

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

Formação Contínua 2026

INSTITUTO DE ENFERMEIRAGEM E ESPECIALIDADES EM REABILITAÇÃO
CENTRO DE FORMAÇÃO, INVESTIGAÇÃO E DE PROMOVAÇÃO CLÍNICA

