

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**PROGRAMA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO PARA
A INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DOS IDOSOS**

Luís Manuel Amador Ribeiro

Orientação: Professor Doutor Rogério Manuel Ferrinho Ferreira

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Évora, 2018

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**PROGRAMA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO PARA
A INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DOS IDOSOS**

Luís Manuel Amador Ribeiro

Orientação: Professor Doutor Rogério Manuel Ferrinho Ferreira

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Évora, 2018

(página intencionalmente deixada em branco)

“Tememos a velhice quase tanto como tememos não viver o suficiente para a atingir.”
(Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004)

RESUMO

O processo de envelhecimento é um processo natural e progressivo, influenciado por múltiplos fatores e ao qual deve ser dado particular relevância na qualidade de vida.

A reabilitação dos idosos deve ter especial incidência na limitação da funcionalidade e no restabelecimento de eventuais funções perdidas, responsáveis pela diminuição da aptidão funcional para o desempenho das atividades básicas de vida diária.

O Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação definiu como prioritário a intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na dependência, no autocuidado e na promoção do envelhecimento ativo.

O enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação tem intervenção ativa na capacitação da pessoa com limitação.

Este relatório de estágio propõe-se analisar criticamente a implementação de um programa de exercícios de aptidão funcional para a independência funcional de idosos, visando a aquisição e desenvolvimento de competências de especialista e de mestre.

Palavras-chave: Enfermagem, Reabilitação, Idosos, Aptidão Funcional

ABSTRAT

Rehabilitation Nursing Program for the Functional Independence of the Elderly

The aging is a natural and progressive process, influenced by multiple factors and which should be given particular importance on quality of life.

The rehabilitation of the elderly should have a special impact on the limitation of functionality and on the restoration of eventual lost functions, responsible for reduction of functional fitness for the performance of basic activities of daily living.

The Specialty College of Rehabilitation Nursing, has set as a priority the Rehabilitation nurse intervention on dependency, in self-care and in promoting active aging.

The nurse specialist in Rehabilitation Nursing has active intervention in the training of the person with limitation.

This internship report proposes critically analyze the implementation of a functional fitness exercises program for the functional independence of the elderly, aiming the acquisition and development of specialist and master skills.

Keywords: Nursing, Rehabilitation, Elderly, Functional Fitness

AGRADECIMENTOS

Expresso o meu sincero agradecimento.

Ao Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE – Hospital de Faro, na pessoa da Senhora Enfermeira Diretora, pela oportunidade de realizar a Unidade Curricular Estágio Final e ganho de competências de Enfermeiro Especialista no Serviço de Medicina 3.

À Senhora Enfermeira Supervisora e Especialista em Enfermagem de Reabilitação Fernanda Henriques pela motivação, contributo e reconhecimento.

À Senhora Enfermeira em Funções de Chefia e Especialista em Enfermagem de Reabilitação Fernanda Guerreiro, pelo estímulo, contributo e reconhecimento.

Ao Senhor Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação Vasco Fernandes pela atenção, dedicação, tempo e empenho no desenvolvimento das atividades e competências de enfermeiro especialista.

À Senhora Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Marta Afonso pelo seu contributo no desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista.

À equipa de Enfermagem e multidisciplinar, pelo acolhimento, contribuição e amizade.

Ao Senhor Professor Doutor Rogério Ferreira, a disponibilidade, perseverança e tutoria da Unidade Curricular Estágio Final e presente relatório.

Ao Senhor Enfermeiro em Funções de Chefia da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA), EPE e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica António Cavaco pelo tempo concedido à realização deste mestrado.

À equipa multidisciplinar da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente da ULSBA, EPE pelas palavras de incentivo e preocupação.

Aos meus dois colegas e verdadeiros amigos, Susana e Paulo pela paciência, compreensão e articulação com que trabalhamos para o atingir de um objetivo comum.

À minha irmã e aos meus pais, pelo apoio, paciência, trabalho, partilha, orgulho e motivação.

A todos, o meu profundo e sincero obrigado.

ÍNDICE

	Pág.
1. INTRODUÇÃO	14
2. APRECIÇÃO DO CONTEXTO	19
2.1. Caracterização do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE	19
2.2. Caracterização do Serviço de Medicina 3	20
2.2.1. Análise da produção de cuidados	21
2.2.2. Análise da população	24
3. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL: “PROGRAMA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO PARA A INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DOS IDOSOS”	26
3.1. Independência Funcional do Idoso e os Cuidados de Enfermagem de Reabilitação	26
3.1.1. Independência funcional do idoso	26
3.1.2. As alterações antropométricas associadas ao envelhecimento	31
3.1.3. A dimensão do envelhecimento ativo	33
3.1.4. Os cuidados de enfermagem de reabilitação	37
3.2. Objetivos	40
3.3. Metodologia	41
3.3.1. Amostra	42
3.3.2. Instrumentos de colheita de dados	44
3.3.3. Organização dos cuidados de enfermagem de reabilitação	50
3.3.4. Procedimentos éticos e formais	55
3.4. Resultados	57
3.5. Discussão dos Resultados	70
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS	75

ADQUIRIDAS.....	
4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	75
4.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.....	80
4.3. Competências de Mestre.....	83
5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO.....	86
6. CONCLUSÃO.....	87
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	89

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexos	CI
Anexo A – Escala de Coma de <i>Glasgow</i>	CII
Anexo B – <i>Functional Fitness Test for Older Adults</i>	CIV
Anexo C – Escala de <i>Barthel</i> – Norma n.º 054/2011 da Direção Geral da Saúde .	CXII
Anexo D – Escala de Coma de <i>Glasgow</i> – Folha de Registos	CXV
Anexo E – Escala de <i>Barthel</i> – Folha de Registos	CVII
Anexo F – Exercícios de Aptidão Funcional de <i>Rikli e Jones</i> – Folha de Registos	CXX
Anexo G – Consentimento Informado	CXXIII
Anexo H - Pedido de Parecer à Comissão de Ética do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E.....	CXXVI
Anexo I - Parecer da Comissão de Ética do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E.....	CXXX
Anexo J - Pedido de Parecer à Comissão de Ética – Área da Saúde e do Bem- Estar da Universidade de Évora.....	CXXXII
Anexo K – Parecer à Comissão de Ética – Área da Saúde e do Bem-Estar da Universidade de Évora.....	CXL

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura n.º1 – Levantar e Sentar na cadeira.....	51
Figura n.º2 – Flexão do Antebraço.....	52
Figura n.º3 – Sentado e Alcançar.....	52
Figura n.º4 – Sentado, Caminhar 2,44 metros e Voltar a Sentar.....	53
Figura n.º5 – Alcançar Atrás das Costas.....	54
Figura n.º6 – Andar 6 Minutos.....	54

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico n.º1 – Programa de Enfermagem de Reabilitação	58
Gráfico n.º2 – Grau de Independência Funcional da Amostra Inicial.....	59
Gráfico n.º3 – Exercício de Sentar e Levantar da Cadeira.....	61
Gráfico n.º4 – Exercício de Flexão do Antebraço.....	62
Gráfico n.º5 – Exercício de Sentado e Alcançar.....	63
Gráfico n.º6 – Exercício de Alcançar Atrás das Costas.....	64
Gráfico n.º7 – Exercício de Sentado, Caminhar 2,44 metros e Voltar a Sentar	65
Gráfico n.º8 – Exercício de Andar 6 minutos.....	66
Gráfico n.º9 – Ganho de Independência Funcional da Pessoa 1.....	67
Gráfico n.º10 – Ganho de Independência Funcional da Pessoa 2.....	68

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela n.º1 – Caraterização da Amostra.....	43
Tabela n.º2 – Escala de Coma de <i>Glasgow</i>	45
Tabela n.º3 – Avaliação Padronizada: Escala de <i>Barthel</i>	48
Tabela n.º4 – Scores da Escala de <i>Barthel</i> : grau de dependência	49
Tabela n.º5 – Número de Sessões de Exercícios e Avaliação da Independência Funcional Realizadas	58
Tabela n.º6 – Avaliação da Dependência Funcional (n=2).....	60
Tabela n.º7 – Ganho de Independência Funcional por Atividade de Vida da Pessoa 1	67
Tabela n.º8 – Ganho de Independência Funcional por Atividade de Vida da Pessoa 2.....	69
Tabela n.º9 – Composição Corporal da Pessoa 1	69
Tabela n.º10 – Composição Corporal da Pessoa 2.....	69

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS e SÍGLAS

APA – *American Psychological Association*

Cm - Centímetros

DGS – Direção Geral da Saúde

EPE - Entidade Pública Empresarial

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

INE – Instituto Nacional de Estatística

Kg- Quilograma

Kg/m² – Quilograma por metro quadrado

m - Metro

m² – Metro Quadrado

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

ULSBA – Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas

1. INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular de Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação – Ramo de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, foi proposto a realização de um relatório sobre as competências comuns e específicas de enfermeiro especialista e de mestre adquiridas e desenvolvidas na unidade curricular de Estágio Final. Os períodos de prática clínica permitem ao estudante efetuar uma aprendizagem exclusiva e profissional, fortalecendo e expandindo novos saberes (Simões, Alarcão, & Costa, 2008).

O presente relatório pretende expor de forma detalhada o planeamento, implementação e avaliação do “Programa de Enfermagem de Reabilitação para a Independência Funcional dos Idosos”, enquadrado numa dinâmica de formação que possibilitou a aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e de mestre.

O relatório é uma sistematização do desenvolvimento deste projeto de investigação (Ruivo et al., 2010) e que permite a interpretação da informação de modo sintetizado e o conhecimento (Schiefer et al., 2006).

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2011b) elaborado pela Ordem dos Enfermeiros [OE], o enfermeiro especialista centra o seu saber num domínio específico da enfermagem, objetivando as respostas humanas e os problemas de saúde ao longo do ciclo da vida das pessoas elaborando juízos clínicos e intervenções especializadas, manifestadas por um distinto grau de adaptação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

Por competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE), define a OE (2011), as que são comuns e partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialização, manifestadas por uma distinta capacidade de realização, gestão e supervisão dos cuidados, bem como a educação dos indivíduos/família, de orientação, liderança e capacidade de formação e investigação.

Subdivide ainda as competências que são do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, no domínio da melhoria contínua da qualidade, no domínio da gestão de cuidados e no domínio das aprendizagens profissionais.

No que respeita às competências específicas do EE, a OE (2011) define que resultam das respostas humanas aos modos de vida e aos problemas de saúde e do domínio de intervenção definida para cada área de especialização.

Tomando por base os juízos clínicos e as intervenções especializadas, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), e face ao exposto no Regulamento das Competências Específicas do EEER da OE (2011b), o enfermeiro especialista tem competências para desenhar, implementar, monitorizar e avaliar um plano de cuidados diferenciado, tendo em conta os problemas reais e potenciais das pessoas. A sua formação e competências, permitem aos enfermeiros especialistas de reabilitação intervir num plano de cuidados na fase aguda da doença, mantendo-o em prática na fase crónica, quer no hospital quer no domicílio, englobando os familiares/cuidadores no processo de reaprendizagem e readaptação das capacidades do indivíduo.

Nesta linha de pensamento, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação desenvolve técnicas específicas e intervém na educação dos doentes e pessoas significativas, no planeamento da alta e continuidade dos cuidados, promovendo assim, a qualidade de vida.

A enfermagem de reabilitação produz ganhos de saúde em todos os domínios de intervenção quer os mesmos sejam produzidos no âmbito da prevenção ou restabelecimento de incapacidades, capacitando a pessoa a uma maior autonomia (Regulamento n.º 350/2015 de 22 de junho da Ordem dos Enfermeiros).

Hesbeen (2003) refere-se à reabilitação como uma missão multidisciplinar fundamentada numa prática baseada em evidências, garantindo à pessoa com incapacidade e à sua família recursos de forma a minimizar ou ultrapassar obstáculos geradores de desvantagem.

A saúde dos idosos é conforme diz Alencar et al. (2011), influenciada por fatores físicos, psicológicos, sociais e culturais, à qual deve ser efetuada uma abordagem multidisciplinar, procurando o enfoque na qualidade de vida, mantendo, prevenindo ou reabilitando a sua saúde. Os autores descrevem a reabilitação como um método constante e gradual de mudança em função dos objetivos estabelecidos com o indivíduo e sua família procurando a reintegração na família, comunidade e sociedade.

Relativamente, ao processo de reabilitação da pessoa idosa, Alencar et al. (2011), descreve que este processo visa a estabilização do problema principal, a prevenção de complicações, como a limitação da funcionalidade, o restabelecimento de funções perdidas que podem causar diminuição da aptidão funcional para o desempenho de atividades básicas de vida diária, a adaptação ao meio ambiente envolvente e do meio à pessoa e a promoção do ajuste familiar.

A aptidão funcional é descrita por Preto, Gomes, Novo, Mendes e Granero-Molina (2016), como fundamental para uma realização independente das atividades de vida diárias, na qual se inclui exercícios de flexibilidade, equilíbrio, força e treino aeróbico. Esta premissa foi descrita com base em Rikli e Jones (2008), que afirmava que a aptidão funcional permitia uma execução das atividades de vida diária, de forma segura, independente e sem gastos energéticos excessivos visando a funcionalidade e a qualidade de vida da pessoa. A realização de exercícios ativos e resistidos pelos idosos permite a melhoria da sua qualidade de vida e desempenho funcional.

Uma correta avaliação da aptidão funcional permite compreender de forma eficaz a doença e as comorbidades associadas, mas também avaliar a capacidade funcional para a realização das atividades de vida diária. A avaliação funcional faz parte dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, permitindo aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação identificar, concretizar e avaliar as necessidades, em particular nas atividades de vida diárias, de cada indivíduo.

A dependência no autocuidado e a promoção do envelhecimento ativo são áreas de intervenção prioritárias para a Enfermagem de Reabilitação, conforme parecer emitido pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros (2015).

Conhecer o grau de dependência da pessoa, permite que os cuidados de enfermagem de reabilitação prestados contribuam para a sua autonomia e aperfeiçoamento dos cuidados, considerando as necessidades e intervenções que visem a obtenção de ganhos na autonomia nas suas atividades de vida diária.

Na obra de Hoeman (2011), a reabilitação centra-se em pressupostos teóricos e científicos, trabalha com a pessoa traçando objetivos para maximizar a independência funcional nas atividades de vida diárias, promovendo o autocuidado, prevenindo complicações e consequentes incapacidades. A reabilitação promove comportamentos de adaptação positiva, assegurando acessibilidade e continuidade de cuidados na procura incessante da melhoria da qualidade de vida.

O relatório sobre o projeto de intervenção profissional “Programa de Enfermagem de Reabilitação para a Independência Funcional da Pessoa Idosa” decorrido ao longo de 16 semanas no Serviço de Medicina 3 do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE – Hospital de Faro, tem como objetivos:

- Organizar as reflexões realizadas ao longo da Unidade Curricular Ensino Clínico;
- Preparar o candidato a Mestre para o debate e discussão sobre o programa implementado, aprendizagens e competências adquiridas;
- Desenvolver competências de enfermeiro especialista;
- Adquirir competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação;
- Obter competências de mestre;
- Implementar um programa de Enfermagem de Reabilitação à pessoa idosa com dependência nas atividades básicas de vida diária;
- Identificar qual a atividade básica de vida diária com maior grau de dependência;
- Melhorar a aptidão funcional e qualidade de vida;
- Contribuir para a independência funcional dos idosos.

Após esta introdução, seguir-se-á uma análise do contexto, onde se aborda o envolvimento do local onde decorreu a implementação do projeto, a análise da produção de

cuidados, a análise da população e quais os seus problemas específicos. Consecutivamente será realizada uma análise da implementação e desenvolvimento do projeto de intervenção profissional, onde se efetua um enquadramento teórico da problemática em estudo, descrevem os cuidados de reabilitação executados, explanam os objetivos traçados e a metodologia utilizada. Neste capítulo será ainda exposto os resultados alcançados e será efetuada uma discussão sobre os mesmos à luz da literatura mais recente. Em seguida, será efetuada uma análise reflexiva sobre as competências adquiridas e desenvolvidas. Posteriormente será apresentada a análise reflexiva sobre o processo de avaliação e controlo do projeto de intervenção profissional. Finalizar-se-á este relatório com apresentação da conclusão, referências bibliográficas e anexos, os quais serão ordenados consoante a sua menção ao longo do trabalho.

A organização deste relatório respeita as orientações, contidas no Regulamento da Unidade Curricular Relatório Final. A formatação está conforme as indicações emanadas pela Universidade de Évora para a redação de relatórios de Mestrado, denotando que as referências bibliográficas serão efetuadas de acordo com a sexta edição da *American Psychological Association* (APA).

2. APRECIÇÃO DO CONTEXTO

2.1 Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE

O atual Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE é resultado da união do antigo Centro Hospitalar do Algarve com as valências existentes no Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul. Criado pelo Decreto-Lei n.º 101/2017 de 23 de agosto, o Centro Hospitalar é responsável pela prestação de cuidados de reabilitação às populações dos distritos de Faro e Beja, através de um eficaz aproveitamento dos recursos, competências e profissionais (Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE, 2017).

Como parte integrante do Serviço Nacional de Saúde, o Centro Hospitalar, composto por 3 unidades hospitalares - Faro, Portimão e Lagos, o Centro de Medicina e Reabilitação do Sul e os Serviços de Urgência Básica da região geográfica do Algarve, dispõe de autonomia administrativa, financeira e patrimonial (Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE, 2017).

É responsável pela assistência e prestação de cuidados de saúde, sendo ainda uma unidade de apoio à formação de licenciaturas, estudos pós graduados e investigação na área da saúde.

De entre muitos dos profissionais que são parte integrante do Centro Hospitalar, os Enfermeiros, são a classe profissional da área da saúde mais representada, que prestam cuidados de acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001), Competências de Enfermeiros de Cuidados Gerais da Ordem dos Enfermeiros (2015) e Modelo Teórico de Enfermagem de Roper, Logan e Tierney (2001).

Este modelo teórico é baseado na necessidade de cuidados de enfermagem planeados, implementados e avaliados, que as pessoas necessitam na sua vida, objetivando a máxima independência em cada uma das 12 atividades de vida.

A Enfermagem, no âmbito da excelência na prestação e gestão de cuidados, desenvolve competências próprias que enaltecem a classe profissional e a sua imagem social.

2.2. Serviço de Medicina 3 – Hospital de Faro

O serviço de Medicina 3 fica localizado no piso 4 do edifício das Consultas Externas do Hospital de Faro, onde anteriormente funcionava uma unidade de cuidados continuados.

Denominado apenas de Medicina 3, no serviço de medicina interna, são prestados cuidados à pessoa em idade adulta com diversificados problemas clínicos, que não sejam específicos de uma área médica específica (Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, 2018).

Este serviço tem uma lotação de 35 camas, distribuídas por quartos duplos e individuais, com casa de banho individualizada. Em épocas de maior afluxo de doentes aos serviços de saúde, este serviço pode ainda aumentar a sua capacidade, consoante a necessidade de cuidados entre 5 a 8 camas.

À imagem de qualquer outra unidade de internamento dispõe de uma equipa multidisciplinar, de entre os quais se relevam os enfermeiros, médicos assistentes e em formação, assistentes operacionais e assistentes administrativas. Conta ainda com a colaboração de vários profissionais de outras áreas, como, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, médicos de outras especialidades médicas, com particular relevância a otorrinolaringologia.

A sua equipa de enfermagem é composta por um total de 32 enfermeiros, nos quais se inclui a senhora enfermeira em funções de chefia e enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação e dois enfermeiros especialista em enfermagem de reabilitação que asseguram os cuidados de reabilitação necessários e prestados à pessoa internada no serviço, durante o período da manhã, ao longo dos dias da semana.

Dos recursos materiais existentes no serviço, importa salientar os que são de particular relevância para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, destacando-se os acessórios para reeducação funcional motora (pesos de areia, pesos, canadianas, pirâmides e andarilhos), para reeducação funcional respiratória (bastão, inspirómetro de incentivo, *Peak Flow* ou pico de fluxo de tosse, ventiladores para ventilação não invasiva e equipamento de tosse mecanicamente assistida ou *Cough Assist*).

Os registos de enfermagem são executados informaticamente no “S-Clínico”, originário do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), criado com referência na *International Classification for Nursing Practice*, o qual utiliza terminologia científica comum baseada nos diagnósticos e intervenções de enfermagem.

Das patologias clínicas que mais frequentemente originam o internamento da pessoa, estão as infeções respiratórias (pneumonias), insuficiência respiratória (obstrutiva ou restritiva), insuficiência cardíaca descompensada, doenças cerebrovasculares com particular ênfase no Acidente Vascular Cerebral e patologia neoplásica, quando a mesma não é cuidada por nenhuma outra especialidade médica. Entre estes são ainda admitidos no Serviço de Medicina 3, a pessoa com alterações decorrentes do próprio processo de envelhecimento.

2.2.1. Análise da produção de cuidados

No exercício da excelência profissional, os enfermeiros do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE, asseguram cuidados de enfermagem regidos pela Deontologia Profissional, pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001) e pelas Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (2015) da Ordem dos Enfermeiros.

A organização e prestação de cuidados de enfermagem são efetuadas com a distribuição dos utentes em função de número de horas de cuidados de enfermagem necessários e utilizado o método de enfermeiro responsável. Os cuidados são prestados com o método de horário de *roulement*, distribuídos pelos 3 turnos diários, sendo que

maioritariamente prestam cuidados gerais seis enfermeiros de cuidados gerais no turno da manhã e um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, 4 enfermeiros de cuidados gerais no turno da tarde e 3 enfermeiros de cuidados gerais no turno da noite. Na ausência da senhora Enfermeira em Funções de Chefia assume a responsabilidade o enfermeiro especialista ou o elemento com maior tempo de exercício profissional.

No que respeita aos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem de reabilitação, como anteriormente referido, estes são assegurados diariamente por um dos dois enfermeiros especialista em enfermagem de reabilitação, ainda que na ausência de enquadramento na carreira especial de enfermagem, a instituição assume serem fundamentais e indispensáveis ao bem-estar e saúde dos seus utentes.

Conforme descrito nos enunciados das Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros, os enfermeiros de reabilitação acrescentam valor aos cuidados de saúde ao gerar, colocar em prática, monitorizar e avaliar programas de Enfermagem de Reabilitação com base nas reais necessidades da pessoa, quer seja nos problemas existentes ou nos potencialmente existentes ao nível da função, reeducação, mantendo, melhorando ou minimizando as incapacidades instaladas (Ordem dos Enfermeiros, 2011b).

Sobre a prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alteração da função respiratória, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, procura atuar no que são as alterações fisiológicas, decorrentes de patologias agudas ou crónicas agudizadas ou má adesão/gestão do regime terapêutico prescrito, procurando envolver neste processo outros profissionais e os cuidadores e contribuindo para a melhoria da incapacidade gerada, na diminuição do período de internamento e redução de eventuais reinternamentos. A implementação de um eficaz programa de Reeducação Funcional Respiratória permite segundo Esquinas (2010) reduzir o tempo de internamento e a taxa de mortalidade.

As patologias respiratórias produzem grandes alterações na qualidade de vida da pessoa e família, com consequências sociais e económicas avultadas (Cordeiro & Menoita, 2012).

Para a prestação eficaz destes cuidados, contribuem os recursos existentes para avaliação da pessoa, como por exemplo a Escala de *Borg* Modificada e a Escala de Avaliação da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica e os dispositivos e equipamentos de reabilitação e monitorização. Após uma correta avaliação inicial, o desenho e implementação do programa de Reeducação Funcional Respiratória é ensinado e gerido com o doente e a família.

A Direção Geral da Saúde [DGS] reportando-se a dados de 2010 da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, afirma que as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte entre os países membros da União Europeia, entre as quais as doenças cerebrovasculares, representando cerca de 60% (DGS, 2017).

As supra mencionadas patologias são também de acordo com a Direção Geral da Saúde (2017) a causa de um aumento no número de internamentos e tenderá a crescer devido ao progressivo envelhecimento da população e em Portugal o principal fator que contribui para isso são os incorretos hábitos alimentares.

No Serviço de Medicina 3 do Hospital de Faro é frequente ter no seu internamento, pessoas com problemas de incapacidade, défice funcional ou dependência devido a esta situação.

De acordo com a Direção Geral da Saúde (2017), em Portugal devem ser constituídos planos de cuidados para a reabilitação cardíaca com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da pessoa, após um episódio desta natureza.

A enfermagem de reabilitação objetiva o ganho de capacidades que permitam a pessoa integrar-se socialmente. Assim, aquando da admissão de um doente com patologias cerebrovasculares, o enfermeiro de reabilitação, efetua uma avaliação do estado cognitivo e mental, focando-se na avaliação da comunicação, memória, no exame neurológico com avaliação dos pares cranianos, na motricidade (tónus e força muscular, coordenação motora, equilíbrio e marcha) e avaliação do comprometimento ou não da deglutição. Para esta eficaz avaliação, são utilizadas escalas, como por exemplo, a Escala de Coma de *Glasgow* ou a *Mini-Mental State*, a *National Institute of Health Stroke Scale*, a Escala de *Lower*, Escala de *Ashworth* Modificada e o Índice de *Tinneti*.

O plano de intervenção estabelecido focaliza também a incapacidade da pessoa na realização das suas atividades de vida diária, estabelecendo um programa de treino, com o objetivo da máxima autonomia do doente.

2.2.2. Análise da população

O processo de envelhecimento provoca um processo de alterações psicossociais e físicas irreversíveis, que podem ser mais ou menos importantes consoantes o estilo de vida, o contexto social e ambiental em que se está inserido. É um processo natural e progressivo (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2015).

O processo de envelhecimento é inerente a qualquer pessoa. No presente o tema da independência *versus* dependência está em debate, sendo o seu foco as estratégias sociais face à velhice e à dependência. Face a esta problemática, interroga-se se a solidariedade deverá partir da própria família, da sociedade ou se deverá ser um esforço integrado de ambas.

O Ministério do Trabalho e Solidariedade Social (2009) remetendo-se à recomendação da Comissão dos Ministros aos estados membros, define a dependência como a ausência de autonomia, quer seja física, psíquica ou intelectual, necessitando de auxílio para a realização das atividades de vida diária, sendo estas reveladoras da autonomia da pessoa quer seja para realizar os seus autocuidados, quer seja para exercer a sua cidadania em plenitude.

O grau de dependência é variável de pessoa para pessoa e é considerado que esta impede o indivíduo de realizar com autonomia atividades imprescindíveis à satisfação das suas necessidades básicas de vida, sejam estas relacionadas com a mobilidade, atividades domésticas ou cuidados de higiene.

A dependência é classificada de baixa, média ou elevada. (Ministério do Trabalho e Solidariedade Social (2009). Os autores mencionados referem que a baixa dependência é a aquela em que a pessoa necessita apenas de alguma supervisão, mas conservam alguma autonomia, sobretudo no que respeita à mobilidade e execução das atividades de vida diária.

No caso de dependência média, a pessoa idosa, requer apoio de uma terceira pessoa para a realização das suas atividades básicas. Contrariamente, os idosos que apresentam uma dependência elevada, necessitam de um intenso e grande apoio, uma vez que não apresentam aptidão para cumprir esse conjunto de atividades.

A dependência é muitas vezes uma consequência do envelhecimento do ser humano, contudo o envelhecimento não deve ser considerado um regresso às dependências dos primeiros anos de vida.

Com base nos dados do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) (2012), do ano de 1950 para o ano de 2012 existiu um crescimento de pessoas com mais de 60 anos para cerca de 810 milhões, prevendo-se que cresça para mais de 1 bilião em menos de uma década e possa mesmo duplicar até 2050.

Em Portugal e de acordo com os dados estatísticos atualizados em março de 2017, o Instituto Nacional de Estatística [INE], prevê que o número de idosos, passe de 2,1 para 2,8 milhões de idosos, consecutivamente mais que duplicando o índice de envelhecimento, fazendo com que existam em 2080, cerca de 317 idosos por cada 100 jovens.

A dependência conduz a uma perda de autonomia, resultante ou agravada por uma doença, demência ou ausência de suporte familiar, induz incapacidade na realização das atividades básicas de vida diária. Assim, a intervenção da enfermagem de reabilitação, tem cada vez mais relevância na prestação de cuidados à população.

3. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

No presente, assiste-se a um aumento das incapacidades e do índice de dependência, sejam estas fruto do aumento da esperança média de vida ou decorrentes da gravidade de uma situação patológica derivadas de maus hábitos de vida. O Instituto Nacional de Estatística (2018) assegura um crescimento do índice de dependência de idosos de 24,4 no ano de 2001 para 32,1 em 2016. Face aos dados apresentados, cabe à sociedade em geral acompanhar estas mudanças e dotar-se de estruturas de apoio à pessoa idosa, minimizando os efeitos de uma sociedade cada vez mais individualista e solitária.

As alterações na independência funcional dos idosos assumem-se como uma problemática que os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação desenvolvem projetos de intervenção profissional. Este capítulo fundamenta os conteúdos que servem de suporte a este projeto. Integra os seguintes temas:

- A independência funcional do idoso, enquanto esfera de intervenção do enfermeiro e os cuidados de enfermagem de reabilitação, enquadrados com o programa de exercícios de aptidão funcional de Rikli e Jones (1999);
- Os objetivos;
- A metodologia;
- Os resultados;
- A discussão dos dados.

3.1. A Independência Funcional do Idoso e os Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

3.1.1. A Independência funcional do idoso

Ao longo do ciclo de vida, os conceitos de dependência e independência estão intrinsecamente interligados.

Na Enfermagem várias tem sido os modelos que abordam o conceito de independência. O mais comumente utilizado tem sido o modelo de Roper, Logan e Tierney (2001). Este modelo refere-se a doze atividades de vida, correlacionando o contínuo de dependência/ independência ao longo do ciclo de vida, ou seja está relacionado com aquilo que a pessoa é capaz de realizar no seu dia-a-dia.

Não existe uma independência total na satisfação das atividades de vida. Os conceitos de independência e dependência só produzem sentido quando interrelacionados entre si (Leal, 2001).

Existem indicadores que reportam para a capacidade de vida independente. Estes indicadores mostram a capacidade da pessoa manter funções de cuidados pessoais (higiene, cuidar de si e vestir-se) e atividades instrumentais (utilizar o telefone, fazer compras, gerir o seu dinheiro) que corroboram a manutenção dessas atividades de vida diária (Serra, 2006).

A capacidade demonstrada por uma pessoa na realização e satisfação das suas necessidades, sem a ajuda de terceiros, permite assegurar o grau de independência (Imaginário, 2008).

Nas pessoas com mais de 65 anos a qualidade de vida está diretamente relacionada com o seu estado funcional e a capacidade física que demonstram. Monteiro (2012) diz que existe uma forte relação entre um envelhecimento com qualidade e uma vida independente, referindo-se sobretudo à independência física.

O processo de envelhecimento tem como consequência a diminuição da aptidão física e da capacidade funcional, tornando os cuidados dependente de outra pessoa (Gonçalves et al., 2010). A dependência surge associada ao défice de funcionalidade e está frequentemente ligada a uma patologia ou acidente (Sequeira, 2010) e muitas vezes o défice gerado não é compensável na totalidade com o uso de ajudas técnicas, uma vez que pode gerar incapacidades parciais, totais temporárias ou permanentes (Paschoal, 2007).

A funcionalidade é descrita como a capacidade demonstrada pela pessoa para a realização de atividades ou funções em diversas áreas satisfazendo as suas interações sociais ou do quotidiano (Duarte, Andrade, & Lebrão, 2007).

A capacidade funcional avalia as atividades básicas de vida diária, ou seja as que são relacionadas com o autocuidado e as atividades instrumentais de vida diária, que indicam a capacidade de independência da pessoa nas atividades da comunidade em que se insere.

O exercício das atividades básicas de vida e atividades instrumentais de vida diária permitem determinar o grau de autonomia e independência da pessoa (Paula, 2007), e estão associadas à sua sobrevivência e desempenho no quotidiano doméstico e cuidados de saúde (Ferreira, Maciel, Costa, Silva, & Moreira, 2012).

Compreender o grau de dependência da pessoa na realização das atividades básicas e instrumentais de vida diária é um aspeto importante para a manutenção da autonomia da pessoa, sendo necessário proceder a uma avaliação funcional adequada e a determinação de intervenções terapêuticas (Paula, 2007).

A avaliação da capacidade funcional e da aptidão física dos idosos permite delinear estratégias de intervenção na prevenção e limitação das dependências, tornando a pessoa o mais ativa possível (Gonçalves et al., 2010).

No que respeita à prestação de cuidados à pessoa idosa, a avaliação funcional é um importante indicador com capacidade preditiva em termos de institucionalização, deterioração da condição física, necessidade de recursos de saúde e até de mortalidade (Sequeira, 2010). A avaliação funcional permite ainda objetivar sobre o estado cognitivo do indivíduo, a sua capacidade para a gestão da medicação ou recursos económicos (Cabete, 2005).

A incapacidade funcional é descrita como o decréscimo na realização das atividades de autocuidado e um preditor da saúde da pessoa idosa (Marques-Vieira, Amaral & Pontífice-Sousa, 2016).

A perda ou diminuição da capacidade funcional tem sido revelada como um dos principais motivos de institucionalização de indivíduos idosos, contudo a sua recuperação funcional permite voltar ao seu contexto domiciliário (Araújo, Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007).

A independência de um idoso na realização das suas atividades de vida diária é medida através da dependência, sendo a capacidade funcional para realizar as suas atividades de vida

diárias medida pela capacidade demonstrada para a execução das mesmas sem ajuda (Monteiro, 2012).

As atividades básicas de vida diária são de caráter funcional e reportam-se sobretudo às atividades de vida relacionadas com o cotidiano da pessoa no contributo para a satisfação das suas necessidades, relacionadas mais com o autocuidado. São transversais a todos os humanos, mas são desempenhadas de modo individual e dependem do período do ciclo de vida e do grau de dependência ou independência demonstrada pelo indivíduo. Hoeman (2000) reportando-se a Orem menciona que o autocuidado está relacionado com as atividades para manutenção da saúde, vida ou bem-estar desenvolvidas pelo próprio em seu benefício. O autor define autocuidado como um conjunto de competências adquiridas que permitem à pessoa e/ou família assumir responsabilidades no seu cuidado e agir eficazmente perante estas.

O processo de adaptação pode ocorrer de forma gradual ou então de modo repentino, procurando dar resposta aos papéis sociais esperados. Os idosos consideram que o processo de envelhecimento é inevitável à condição humana, representado pela diminuição da capacidade de resposta e por limitações (Reis & Bule, 2016).

A Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros (2011) define atividades de vida diária como o conjunto de atividades que a pessoa realiza no seu quotidiano.

Contudo, a execução das atividades básicas de vida diária, estão sujeitas a inúmeras alterações, sendo que as mais frequentes estão associadas a limitações da mobilidade ou alterações sensoriais (Hoeman, 2011).

Confrontados com a incapacidade para a realização das atividades de vida diária, existe a necessidade de desenvolver intervenções, que capacitem a pessoa e ou a família a atingir o maior grau de autonomia e independência na execução das suas atividades básicas de vida adequadas à sua nova condição, seja esta motora ou cognitiva.

A Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros (2011) designa que a intervenção do enfermeiro de reabilitação é centrada num

diagnóstico precoce e no desenvolvimento de intervenções que permitam a conservação das competências funcionais das pessoas, de modo a prevenir eventuais complicações ou incapacidades, ou caso existam, atuar na melhoria das capacidades existentes, para manter ou retomar a independência, minimizando as consequências, habilitando-as para a execução do seu autocuidado. Existem seis atividades básicas de vida diária em que a intervenção do enfermeiro de reabilitação alcança benefícios, sendo elas a higiene pessoal, o controle da eliminação vesical, intestinal e o uso do sanitário, o vestuário, a alimentação, a locomoção e as transferências (Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros, 2011)

Para atingir a independência ou o máximo grau de autonomia na execução das atividades de vida diária deve ser instituído um treino das habilidades restantes, recorrendo a técnicas e dispositivos auxiliares (Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros, 2011).

A avaliação da incapacidade funcional é efetuada com a utilização de vários instrumentos de medida, podendo ser utilizados individualmente ou em associação (Alves, Leite, & Machado, 2008), sendo que as mais utilizadas são a escala de Medida de Independência Funcional e a Escala de *Barthel* (Hoeman, 2011).

A principal vantagem da Escala de *Barthel* é a avaliação da incapacidade demonstrada pelo idoso em prestar cuidados a si próprio (Paschoal, 2007). A facilidade de aplicação e de interpretação permitem a avaliação do grau de dependência dos idosos em dez atividades básicas de vida desempenhadas no seu dia-a-dia (Sequeira, 2010).

Este instrumento de avaliação, procede à avaliação de atividades como comer, vestir e despir, higiene pessoal, tomar banho, fazer uso do sanitário, controlo de esfíncteres (vesical e intestinal), deambular, transferências (cama-cadeira e vice versa) e subir e descer escadas (Sequeira, 2010).

A versão original da Escala de *Barthel* utiliza uma pontuação para as atividades de vida diária em uma variação entre 0 e 100 pontos, com intervalos de 5 pontos, sendo que a máxima dependência apresentada pela pessoa corresponde o valor 0 e à máxima independência 100 pontos (Araújo et al., 2007).

3.1.2. As alterações antropométricas associadas ao envelhecimento

Associado ao aumento da população idosa, tem vindo a observar-se um aumento da prevalência do sedentarismo e da obesidade neste grupo populacional, sendo esta última consequência da redução dos níveis de exercício físico (Rech, Cruz, Araújo, Kalinowski, & Dellagrana, 2010).

O processo natural de envelhecimento contribui para alterações morfológicas, sobretudo no que respeita a um aumento da massa adiposa e uma diminuição da massa corporal. A perda de mobilidade, o aumento da fragilidade e o aumento da dependência estão associados à diminuição da massa muscular (Lima, 2016).

Estudos desenvolvidos têm demonstrado uma associação entre o excesso de peso, a inatividade física e o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, com repercussões na qualidade de vida dos idosos e consequentemente nos níveis de aptidão funcional (Rech et al., 2010).

Na atualidade, o sedentarismo está cada vez mais associado a um aumento do consumo dos serviços hospitalares (Batista et al., 2011).

Ao envelhecimento estão associadas alterações das dimensões corporais, sobretudo do peso, estatura e massa corporal. Estas modificações produzem efeitos no Índice de Massa Corporal, que é utilizado para predizer se o idoso se encontra no peso ideal ou se contrariamente está acima desses valores, aumentando o risco de mortalidade por determinadas patologias e a diminuição da capacidade física e funcional (Lucio, Bezerra, Sousa, & Miranda, 2011).

Estas alterações acontecem de forma diferenciada entre homens e mulheres e nas diferentes etapas do envelhecimento (Menezes, Brito, Araújo, Silva, Nolasco, & Fisher, 2013).

Níveis elevados de índice de massa corporal têm sido associados a patologias cerebrovasculares, cardiovasculares e a diabetes *mellitus*, no entanto, também um índice de massa corporal baixo é fator de risco para doenças como, a tuberculose, doença pulmonar obstrutiva e alguns tipos de cancro (Menezes et al., 2013).

Considerados os riscos, é importante uma avaliação antropométrica e da composição corporal dos idosos, uma vez que é um bom método de apreciação do seu estado nutricional e do risco de desenvolvimento das patologias acima mencionadas.

Uma avaliação das medidas antropométricas dos idosos permite obter dados sobre a estatura, massa corporal, comprimentos ósseos, perímetros, diâmetros e pregas de adiposidade subcutânea (Leal, 2016).

Em Portugal, um estudo desenvolvido por Batista et al. (2011), demonstrou que o índice de massa corporal médio dos idosos é de cerca de $27,9 \text{ kg/m}^2$, o que significa que se encontram em pré-obesidade e que as mulheres idosas apresentam um índice de massa corporal superior aos dos homens.

A atividade física induz benefícios na manutenção da capacidade de movimentos das articulações, no reforço muscular e ligamentar, na melhoria da capacidade ventilatória e circulação sanguínea e consequentemente na melhoria da qualidade de vida, que será melhor se a atividade física for exercida de forma adaptada e regular (Leal, 2016).

A população idosa praticante de qualquer tipo de atividade física melhora significativamente a sua aptidão funcional e consequentemente uma maior independência na realização das suas atividades de vida diária.

A manutenção de hábitos saudáveis possibilita prevenir eventuais problemas de saúde e contribuem para a manutenção saudável do organismo e uma melhoria da expectativa de vida. A prática de exercício físico é importante em qualquer idade, pois colabora na conservação do tónus e força muscular (Civinski, Montibeller, & Braz, 2011).

Cada individuo é responsável pelo seu próprio envelhecimento, entenda-se pelos seus atos e atitudes, sejam estas positivas ou negativas, com implicações no processo de

envelhecimento, sendo que a população idosa é a que mais beneficia com a prática de exercício regular (Civinski et al., 2011).

Idosos com boa atividade física e funcional desempenham melhor e autonomamente as suas atividades básicas de vida diária, sem depender de outras pessoas.

3.1.3. A Dimensão do envelhecimento ativo

Para a Organização Mundial da Saúde (2005) o envelhecimento deve ser experimentado de maneira ativa, servido de bases estruturantes como a saúde, a segurança e a participação. Considera esta organização que a saúde se remete ao bem-estar físico, social e mental, declinando riscos que conduzam ao aparecimento de incapacidades ou doenças crónicas, sendo hábeis no seu autocuidado e consequentemente mantendo-se saudáveis (OMS, 2005).

Relativamente à segurança, devem ser assegurados os direitos à proteção e dignidade dos idosos, apoiando-os quando os mesmos são incapazes de se proteger, seja física ou financeiramente (OMS, 2005).

O pilar da participação remete-nos para as políticas sociais e de saúde e de programas que promovam a participação dessas pessoas, no desempenho dos seus deveres e direitos enquanto cidadão participando em atividades (OMS, 2005).

A Organização Mundial da Saúde (2015) define que o envelhecimento ativo e saudável passa por um processo de melhoria das condições de saúde e melhoria da qualidade de vida ao longo do processo de envelhecimento, aperfeiçoamento da capacidade funcional, resultante das interações da pessoa com o meio, contribuindo para o bem-estar da pessoa idosa.

Parceiro da Estratégia e Plano de Ação Global para o Envelhecimento Saudável da Organização Mundial de Saúde, Portugal definiu em julho de 2017, a Estratégia Nacional

para o Envelhecimento Ativo e Saudável com os objetivos de alertar para a importância do envelhecimento ativo e fomentar uma mudança em relação ao envelhecimento e pessoas idosas, contribuir para uma maior cooperação entre vários setores e a elaboração de políticas que melhorem a qualidade de vida dos idosos.

A saúde deve ser uma das bases do processo de envelhecimento. Assim, cuidados com a alimentação e redução do consumo de bebidas alcoólicas e tabaco, são medidas preventivas e consideradas favoráveis à saúde (Ribeiro & Paúl, 2011).

A participação da família e dos amigos no meio social onde o idoso está inserido devem ser geradores de um envelhecimento bem-sucedido, conduzindo-os a uma participação ativa (Ribeiro & Paúl, 2011).

O envelhecimento ativo deve objetivar uma vida saudável e melhor qualidade de vida uma vez que é transversal a toda a comunidade (Ferreira, 2009).

A Organização Mundial da Saúde (2005) considera que o envelhecimento ativo está dependente de sete determinantes que englobam as pessoas, as famílias e os países. Estes determinantes são transversais, relacionados com os cuidados de saúde e sociais, comportamentais, relacionados com aspetos pessoais e do meio ambiente envolvente, sociais e económicos.

Como determinantes transversais são consideradas a cultura e o género. Os valores culturais e tradições influenciam o processo de envelhecimento e consecutivamente a procura de hábitos saudáveis, independentemente de serem homens ou mulheres, uma vez que existem sociedades que minorizam as mulheres (OMS, 2002).

Os determinantes relacionados com os cuidados de saúde e sociais incluem a promoção da saúde e prevenção de doenças, promovendo acesso equitativo a cuidados de qualidade e impulsionadores do envelhecimento ativo. Devem estar interligados e tratar igualmente todos os indivíduos com dignidade e respeito (OMS, 2005).

Os estilos de vida saudáveis e o cuidar da saúde como bem fundamental ao longo do ciclo de vida compreendem os determinantes comportamentais na prevenção da doença e qualidade de vida dos indivíduos (OMS, 2005). Deste, fazem parte a prática de atividade

física regular e moderada com benefícios no surgimento da decadência funcional, contribuindo para a autonomia no desempenho das suas atividades de vida diária (OMS, 2002). Para além da atividade física, devem ser realizadas atividades de estimulação cognitiva, uma vez que contribui para o retardamento de incapacidades (Fonseca, 2006).

No que respeita aos determinantes relacionados com os aspetos pessoais, estes referem-se à biologia e genética individual, uma vez que o envelhecimento resulta de um processo de degeneração funcional gradual, levando a incapacidades e ao risco de doenças associadas aos idosos (OMS, 2002).

Dos fatores psicológicos fazem parte as capacidades cognitivas e a aprendizagem, que tendem a diminuir com o envelhecimento. Sendo que estes são reveladores do envelhecimento ativo e da longevidade das pessoas idosas (OMS, 2005).

Os fatores relacionados com o ambiente físico são preditores de independência ou dependência dos idosos. A presença de inúmeras barreiras arquitetónicas contribuem para os problemas relacionados com a mobilidade, que por sua vez contribuem para o isolamento social e diminuição da resistência física. Residir junto à família e o acesso aos transportes, são promotores de interação social (OMS, 2002). As quedas são geradoras de lesões incapacitantes nos idosos e uma das principais causas de morte acidental na população com idade superior a 65 anos. De acordo com os dados disponibilizados no sítio *online* do Serviço Nacional de Saúde (2017), em Portugal entre os anos de 2000 e 2013, 3 em cada 100 internamentos de uma pessoa com mais de 65 anos foi originado por uma queda, resultando em pelo menos 13 dias de internamento, salientando ainda que pelo menos 6 desses 100 culminou com morte do indivíduo.

O apoio social, a aprendizagem permanente, as oportunidades de educação, a paz e a proteção contra maus tratos ou violência compõem os determinantes sociais que contribuem para um envelhecimento saudável e ativo. A sua ausência contribui para o isolamento social ou mesmo a morte (OMS, 2002).

O estabelecimento de contato social e saudável é promotor de uma boa saúde física e mental. Assim, é imperativo que entidades governativas e não governativas e os próprios

profissionais de saúde estabeleçam parcerias e redes sociais de monitorização, vigilância e programas de interação intergeracional (OMS, 2002).

Lamentavelmente a violência e os maus tratos aos idosos é cada vez mais frequente e frequentemente praticado por quem lhe é mais próximo. A Associação Portuguesa de Apoio à Vítima estima que em 2016 tenham ocorrido em Portugal em média cerca de 3 episódios diários de violência ou maus tratos a pessoas com mais de 65 anos, totalizando cerca de 1009. Estes atos, quer sejam físicos, psicológicos, sexuais ou económicos devem ser banidos da sociedade e para isso é importante o envolvimento das forças de segurança, dos profissionais dos serviços de saúde, sociais, religiosos e a comunidade em geral, consciencializando-os e conduzindo-os a uma alteração de comportamentos (OMS, 2002).

A educação permite às pessoas o desenvolvimento de competências e é geradora de confiança no processo de adaptação ao processo de envelhecimento, permitindo a sua independência. Na atualidade, é fulcral manter as pessoas idosas incluídas em atividades que as mantenham ocupadas, fazendo-as sentir úteis à sociedade (OMS,2002).

Os determinantes económicos abrangem o rendimento, a proteção social e o trabalho. Os baixos rendimentos são contributivos para a não realização de uma alimentação saudável ou para o insuficiente acesso aos cuidados de saúde, tornando os idosos vulneráveis a doenças. A proteção social por sua vez garante que as pessoas idosas tenham acesso aos cuidados (OMS, 2002).

O trabalho digno exercido ao longo da vida permite, chegado à velhice ter alguma fonte de rendimento e maior tranquilidade, contudo, a pessoa deverá manter-se ocupada, mesmo não sendo remunerado, para que este período da vida se processe de forma ativa (OMS, 2002).

3.1.4. Os cuidados de enfermagem de reabilitação

O processo de reabilitação possibilita à pessoa a recuperação de uma função ou atividade previamente perdida devido a um evento adverso na sua saúde, geralmente causador de incapacidade ou disfunção, assente numa atuação precoce, em menor dependência, tempos de internamento mais reduzidos, ganhos de saúde e de qualidade de vida e conseqüentemente em ganhos no dispêndio de recursos financeiros e pessoais (Freitas, 2017).

É um processo dinâmico, progressivo e contínuo em que se procura dar resposta a uma reestruturação funcional da pessoa, a sua reintegração na família, comunidade e sociedade (Diogo, 2000).

Na promoção da saúde da comunidade, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, demonstra ainda mais a sua importância, quando associado ao problema individual da pessoa, envolve a família como um todo, que mais que a soma dos seus membros, a engloba como uma unidade primária, como parte integrante da sociedade (Hanson, 2005).

A enfermagem de reabilitação objetiva a prevenção de incapacidades e/ou na maximização das aptidões da pessoa (Freitas, 2017).

A atuação do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação junto da pessoa idosa tem o seu foco na educação para a saúde, prestando cuidados centrados no conhecimento da senescência e na recuperação da competência funcional para a realização das suas atividades (Diogo, 2000).

As intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação procuram a promoção do diagnóstico precoce, assegurando a manutenção das capacidades funcionais das pessoas, a prevenção de complicações, a melhoria das suas funções residuais, de modo a manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, minimizando o impacto das incapacidades existentes, sejam estas a nível da função motora, neurológica ou cardiorrespiratória (Regulamento n.º 125/2011 de 18 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros).

Baseado nestes pressupostos das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, a enfermagem de reabilitação é uma área de intervenção que

procura responder às necessidades reais da pessoa, no meio em que se insere, e às novas exigências dos cuidados, contribuindo para a obtenção de ganhos em saúde. Assim, é de especial relevância a monitorização desses ganhos e a elaboração de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação (Regulamento n.º 350/2015 de 22 de junho da Ordem dos Enfermeiros).

Na pessoa idosa, a capacidade funcional para a manutenção da independência na execução das atividades de vida diária poderá ser mais importante que o diagnóstico de doença.

A avaliação funcional da pessoa idosa é parte integrante dos cuidados de enfermagem de reabilitação. Os seus cuidados são orientados por uma avaliação, centrada nas atividades de vida diária, nas quais identifica problemas, que serviram de base ao plano de cuidados delineado, o qual será alvo de uma monitorização para avaliação dos ganhos em saúde. A avaliação de cada uma das atividades de vida diária deve ser realizada em termos da função e da ação, procurando conhecer as rotinas anteriores, a sua execução atual e potenciais problemas dos idosos, traçando objetivos a serem alcançados após a intervenção do enfermeiro de reabilitação.

A promoção da independência funcional em atividades de vida como a higiene pessoal, o banho, o vestir e despir, o uso do sanitário e a mobilidade, são reveladoras da importância dos cuidados desenvolvidos pelo enfermeiro de reabilitação (Long, Kneafsey, Ryan, & Berry, 2002) e devem ser instituídos o mais precocemente possível, com o objetivo de reduzir o grau de dependência (Teixeira-Samela, Carvalho e Silva, Lima, Augusto, Souza, & Goulart, 2003).

Um estudo desenvolvido por Petronilho (2007) demonstrou a importância do enfermeiro de reabilitação na independência funcional em indivíduos hospitalizados, comparando os seus níveis de independência funcional no momento da alta com os obtidos um mês após a mesma, utilizando como instrumento de avaliação a escala de *Barthel*.

Para o desenvolvimento do presente projeto e para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, recorreu-se à aplicação da bateria de testes de aptidão funcional do *Funcional Fitness Test* de Rikli e Jones (1999). Os exercícios descritos pelas autoras

permitem a avaliação da força dos membros superiores e inferiores, a flexibilidade, a resistência aeróbia e a velocidade, agilidade e equilíbrio.

Para avaliação da força dos membros superiores o *Functional Fitness Test* utiliza o exercício de flexão do antebraço que consiste no número de flexões realizadas pelo indivíduo durante o período de 30 segundos, e para os membros inferiores, recorre ao exercício de levantar e sentar na cadeira, correspondendo igualmente ao número de repetições que o indivíduo consegue executar no período de 30 segundos.

A avaliação da flexibilidade da metade superior do tronco é efetuada com o exercício de alcançar as mãos atrás das costas, sendo medida a distância entre as duas mãos, e a flexibilidade da metade inferior do tronco, com o teste de sentar na cadeira e alcançar os pés, medindo-se a distância para atingir os mesmos ou superada.

A resistência aeróbica é medida com o teste de andar 6 minutos, em que se registam o número de metros percorrido pelo indivíduo naquele período de tempo e a velocidade, a agilidade e o equilíbrio dinâmico são avaliados com o teste de sentado, o indivíduo levantar-se e caminhar 2,44 metros e voltar a sentar-se.

O exercício de sentado, levantar e caminhar e voltar a sentar é particularmente relevante para a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação por permitir identificar os idosos com maior risco de quedas.

Em suma, e considerando as competências e as características acima mencionadas, os cuidados de enfermagem de reabilitação permitem ajudar a pessoa a obter uma qualidade de vida aceitável, com dignidade e independência, cabendo ao enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação ajudar na reavaliação das suas capacidades funcionais.

3.2. Objetivos

A intervenção da prática dos cuidados de enfermagem de reabilitação como forma de ajuste das estratégias e para obtenção de resultados deve ser guia de objetivos passíveis de medir. Procurando dar resposta aos domínios emanados pelos Regulamentos n.º 125/2011 e 122/2011 de 18 de fevereiro de 2011 da Ordem dos Enfermeiros foram traçados os objetivos de desenvolver competências de enfermeiro especialista e competências de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Mais, sendo um mestrado definiu-se também como objetivo a aquisição de competências de mestre definida pelo Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março, revogado pelo Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro.

O exercício da prática profissional do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação deve objetivar a melhoria da função, a promoção da independência e a máxima satisfação da pessoa. Estes cuidados são desenvolvidos em todos os contextos da prática profissional, respeitando as pessoas com necessidades especiais, capacitando as pessoas com deficiência ou limitação da sua atividade ou participação, reinserindo-as socialmente ao longo do seu ciclo vital. Objetivou-se também o desenvolvimento de um programa de treino de atividades de vida diária e a recomendação de ajudas técnicas, a gestão dos cuidados e a articulação da equipa multidisciplinar na resposta aos mesmos e a produção de cuidados de enfermagem de reabilitação passíveis de resultados (Regulamento n.º 125/2011 de 18 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros).

Com o objetivo de adquirir e desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista, competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e competências de mestre no decurso da Unidade Curricular Estágio Final do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, foram prestados cuidados de enfermagem especializada em reabilitação a todas as pessoas admitidas no contexto da prática de cuidados e elaborou-se um projeto de intervenção profissional incidindo sobre a independência funcional dos idosos.

No projeto de intervenção profissional definimos como objetivo geral implementar de um programa de enfermagem de reabilitação a indivíduos com dependência nas atividades básicas de vida diária e como objetivos específicos identificar a (s) atividade (s) básica (s) de vida diária com maior grau de dependência; melhorar a aptidão funcional e qualidade de vida

dos indivíduos participantes e contribuir para a independência na execução das atividades básicas de vida diária.

Aos objetivos anteriormente delineados, planeou-se criar de um instrumento de registos de enfermagem de reabilitação para futura implementação no contexto da prática de cuidado e dar continuidade do programa de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados na deteção precoce de alteração da deglutição implementado no serviço.

3.3. Metodologia

No presente subcapítulo pretendemos apresentar a metodologia utilizada para a implementação do projeto de intervenção profissional abordando os passos executados.

Encontra-se subdividido em 4 seções. Primariamente é efetuada uma abordagem à amostra selecionada com base nos critérios de inclusão: indivíduos com idade superior ou igual a 65anos de idade; apresentarem um *score* igual ou superior a 14 pontos na Escala de Coma de *Glasgow*; apresentarem capacidade de manter o equilíbrio ortostático durante pelo menos 30 segundos e para efetuar marcha.

Posteriormente serão apresentados os instrumentos de colheita de dados utilizados bem como os respetivos recursos necessários para a execução do projeto.

Na terceira seção será apresentada a organização dos cuidados de enfermagem de reabilitação e terminar-se-á o subcapítulo com a análise dos procedimentos éticos e formais.

3.3.1 Amostra

A população envolvida no estudo é constituída por indivíduos com mais de 65 anos de idade, dependentes nas atividades de vida diária e que estiveram hospitalizados na instituição hospitalar durante o período de implementação do projeto.

Selecionou-se uma amostra por conveniência, constituída por seis (6) pessoas idosas que cumpriam os seguintes critérios de inclusão: idade superior ou igual a 65 anos; uma pontuação igual ou superior a 14 pontos na Escala de Coma de *Glasgow*; capacidade para efetuar marcha e capacidade para manter o equilíbrio ortostático durante pelo menos 30 segundos.

A seleção de pessoas com idade superior ou igual a 65 anos pretende incluir no presente estudo todos os indivíduos que se enquadram na definição de idoso da Organização Mundial de Saúde para os países desenvolvidos e pelo seu crescente número na população mundial.

A adoção da Escala de Coma de *Glasgow* permite avaliar o estado de consciência de uma pessoa para a orientação dos cuidados prestados, independentemente do avaliador, através de três parâmetros: a resposta verbal, a resposta motora e resposta ocular. No parâmetro de resposta verbal, o avaliador avalia a capacidade de resposta verbal da pessoa de acordo com a sua orientação ou não ou até mesmo se não existe por parte da pessoa qualquer capacidade para a produção de som, sendo pontuada para uma resposta verbal orientada com 5 pontos e em caso de ausência de qualquer som é atribuído a pontuação 1. Sobre a resposta motora, a aplicação da escala possibilita afirmar se a pessoa avaliada cumpre ordens, à qual se atribui a pontuação máxima de 6 pontos, se existe apenas uma localização da estimulação, classificada com 5 pontos, a presença de uma flexão normal do membro superior estimulado (4 pontos) ou flexão anormal (3 pontos), ou contrariamente à flexão se o padrão predominante é uma extensão (2 pontos) ou ainda se existe uma ausência completa à estimulação (1 ponto).

Relativamente à resposta ocular a utilização da Escala de Coma de *Glasgow* permite avaliar se existe uma abertura espontânea antecedente à estimulação induzida (4 pontos), se a abertura ocular é realizada apenas à voz (3 pontos) ou à compressão (2 pontos) ou se persiste

ausência de resposta ocular (1 ponto). Assim, a sua pontuação mais baixa é de 3 pontos e a sua pontuação mais alta é de 15 pontos.

Para o presente estudo foram consideradas todas as pessoas com uma pontuação igual ou superior a 14 pontos, de modo a compreenderem as intervenções definidas e o programa a instituir, bem como reflexos motores com capacidade executória das mesmas.

Os indivíduos participantes deveriam apresentar capacidade de manter o equilíbrio ortostático durante pelo menos 30 segundos e capacidade de efetuar marcha por forma a avaliar a sua capacidade para se levantar e sentar e também poderem caminhar durante 6 minutos.

Foram igualmente definidos critérios de exclusão como a instabilidade clínica e/ou hemodinâmica; a presença de doença neurológica degenerativa e ou psiquiátrica e ainda todos os participantes que apresentavam uma pontuação inferior a 14 pontos na Escala de Coma de *Glasgow*. Estes critérios de exclusão foram selecionados por serem impeditivos do cumprimento de instruções e dos exercícios previamente definidos, evitando o agravamento da condição clínica do doente ou o risco de eventuais lesões músculo-esqueléticas.

Esta amostra é constituída por 5 pessoas do género masculino (83,3%) e uma pessoa do género feminino (16,7%), predominando a faixa etária entre os 67 e os 75 anos de idade (4 pessoas), correspondente a 66,7% da amostra, conforme apresentado na tabela 1.

Tabela n.º 1 – Caracterização da Amostra

Género	Masculino: 5 (83,3%) Feminino: 1 (16,7%)
Idade	65 – 75 anos: 4 (66,7%) >75 anos: 2 (33,3%)

Fonte: O próprio

Da amostra selecionada, apenas 2 pessoas concluíram na totalidade o programa de intervenção previamente estabelecido. A dois dos participantes foi dada alta clínica, não concluindo as sessões previstas, outro participante apresentou agravamento da condição

clínica e a participante do sexo feminino abandonou o programa de reabilitação por recusa familiar.

3.3.2. Instrumentos de colheita de dados

No que respeita aos instrumentos de colheita de dados utilizados e pretendendo responder ao programa de enfermagem de reabilitação, utilizou-se a Escala de Coma de *Glasgow* (Anexo A), para avaliar o estado de consciência dos indivíduos em estudo, os exercícios do *Functional Fitness Test for Older Adults* de Rikli e Jones (1999) (Anexo B), como programa de exercícios de enfermagem de reabilitação, para posteriormente se medir a independência funcional dos idosos, no desempenho das atividades de vida diária, através da Escala de *Barthel* (Anexo C)

A escala de Coma de *Glasgow* foi desenvolvida por Teasdale em 1974 com o objetivo de avaliar o índice de gravidade do trauma e é um eficiente preditor de mortalidade hospitalar avaliando 3 elementos, motor, resposta ocular e resposta verbal (Moore, Lavoie, Camdem, La Sage, Sampalis, Bergeron, & Abdous, 2006).

Neste estudo realizado por Moore et al. (2006), para um nível de confiança de 95%, a escala de Coma de *Glasgow*, apresentava um coeficiente de confiabilidade entre 0,815 e 0,833.

Moore et al. (2006) concluíram que individualmente cada ponto a mais atribuído era preditivo da diminuição da mortalidade sendo que nenhum dos componentes individualmente é preditivo do valor da Escala de Coma de *Glasgow*. É de realçar ainda que os autores concluem que a escala prediz de forma assertiva o risco de mortalidade para os valores mais altos e mais baixos de pontuação, contudo apresenta algumas limitações, no que se refere à dificuldade na avaliação da resposta verbal, sendo difícil distinguir se o doente apresenta um diálogo confuso ou se apenas verbaliza palavras inapropriadas. Assim como também apresenta limitação no estabelecimento de pontuação 4 ou 5 para a resposta motora, ou seja se

o doente apenas localiza a dor ou se obedece a ordens e limitação na avaliação da resposta ocular, sobretudo no que se refere à resposta ocular obtida à estimulação dolorosa.

A tabela 2 é uma adaptação da escala original e exemplifica os parâmetros avaliados na escala de Coma de Glasgow.

Tabela n.º2: Escala de Coma de Glasgow

	Classificação	Pontuação
Resposta Ocular	Espontânea	4
	Ao som/ Voz	3
	À pressão/ Dor	2
	Ausente	1
Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras Desconexas	3
	Sons Incompreensíveis	2
	Ausente	1
Resposta Motora	Obedece a Ordens	6
	Localiza a Dor	5
	Flexão Normal	4
	Flexão Anormal	3
	Extensão à Dor	2
	Ausente	1
Total		15

Fonte: Teasdale, G. (2015). Glasgow Coma Scale. Disponível em: <http://www.glasgowcomascale.org/downloads/GCS-Assessment-Aid-Portuguese.pdf>

Apesar de amplamente consensualizada e utilizada nos vários domínios clínicos e de estar traduzida em várias línguas, não existe uma validação específica para a população portuguesa.

A capacitação da pessoa para o desempenho das atividades de vida diária exige tempo para ensinar e treinar, seja junto da pessoa ou da sua família, permitindo que o indivíduo realize o máximo de atividades possível (Leal, 2001).

Assim, na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação é importante a avaliação dos cuidados prestados através da avaliação funcional do doente, mas também avaliar o ganho funcional recorrendo a instrumentos previamente validados.

A aptidão funcional foi descrita como a capacidade fisiológica que a pessoa apresenta para o desempenho das suas atividades básicas de vida diária de forma independente e em segurança (Rikli & Jones, 1999). O *Senior Fitness Test* da Bateria de Testes de Aptidão Funcional foi desenvolvido em 1999 por Rikli e Jones com o objetivo de avaliar a aptidão funcional de idosos (Bravo, Raquel, Folgado, & Raimundo, 2017).

A bateria de testes de aptidão funcional avalia itens associados à mobilidade funcional, como a força dos membros superiores e inferiores, avaliados pelo número de repetições no teste de flexão do antebraço e levantar e sentar na cadeira, a flexibilidade dos membros superiores e inferiores, através da distância em centímetros no teste de alcançar atrás das costas e sentado e alcançar, a agilidade avaliada pela duração da prova do sentado, caminhar 2,44 metros e voltar a sentar e por fim a resistência aeróbica, avaliada pela distância percorrida em metros na prova dos 6 minutos de marcha. Estes itens foram desenvolvidos e validados para avaliar e contribuir para a melhoria das qualidades físicas que estão na base da mobilidade funcional.

Os testes desenvolvidos por Rikli e Jones (1999) tinham por base doze critérios de aplicação: representarem a maioria dos parâmetros que estavam na base da execução das atividades de vida diária de forma independente, apresentarem um coeficiente de estabilidade (teste-reteste) entre os 0,8 e os 0,98, refletindo as alterações normais da capacidade funcional associadas ao envelhecimento, permitirem detetar alterações ao programa de intervenção, permitiam avaliar a capacidade física da pessoa, demonstrando quais as mais frágeis ou as mais aptas, ser de fácil administração e classificação, necessitarem de equipamento e espaço físico mínimo, serem socialmente aceites, não acrescerem risco à condição de saúde da pessoa e serem relativamente rápidos de aplicar, podendo a sua aplicação ser realizada em contexto domiciliário.

Devido à sua facilidade de uso e fortes propriedades psicométricas, o *Senior Fitness Test* com recurso a protocolos de pontuação em escala contínua, permite a avaliação de mudanças graduais ao longo do tempo (melhoria ou declínio) para os vários exercícios,

criando critérios de desempenho dos idosos. A utilização do *Senior Fitness Test* permite ainda comparar o desenvolvimento funcional de um indivíduo, com os padrões normativos de aptidão estabelecidos para pares da mesma idade e sexo.

O *Senior Functional Test* foi traduzido em várias línguas, incluindo a língua portuguesa, permitindo a sua aplicação em qualquer população (Rikli & Jones, 2013).

Para a implementação dos exercícios de aptidão funcional foram utilizados como recursos, uma cadeira sem apoio lateral, halteres de mão com peso de 3,5 quilogramas para os indivíduos do sexo masculino e de 2,5 quilogramas para indivíduos do sexo feminino e um cronómetro para medir o tempo.

O peso corporal foi medido através de uma balança eletrónica de coluna, com capacidade de pesar até 200 quilogramas e obter valores aproximados aos 100 gramas. O peso dos indivíduos participantes, foi registado com o participante descalço, roupas leves e na posição antropométrica, ou seja na posição ereta, calcanhares juntos, membros superiores lateralmente pendentes, mãos e dedos em extensão apoiados na região lateral das coxas, cabeça e olhos dirigidos para a frente e no centro da plataforma de pesagem. O registo do peso foi efetuado em quilogramas com valores decimais.

A estatura foi avaliada com recurso a fita métrica, na ausência de um estadiómetro. As medições dos indivíduos foram realizadas na posição antropométrica, junto a uma parede plana, registando-se os valores em centímetros.

O Índice de Massa Corporal foi calculado com recurso à fórmula: peso/estatura², expresso em kg/m² (quilograma por metro quadrado), utilizando-se os critérios da Direção Geral da Saúde (2018) na definição de obesidade.

A Escala de *Barthel* é um instrumento de avaliação do nível de independência do indivíduo no desempenho de dez atividades básicas de vida diária: comer, higiene pessoal, tomar banho, vestir e despir, controlo dos esfíncteres (vesical e intestinal), uso do sanitário, transferência da cadeira para a cama, deambular e subir e descer escadas. A sua versão original utiliza um intervalo de 5 pontos, numa pontuação total que varia entre os 0 e os 100 pontos, conforme demonstrado na tabela 3.

Tabela n.º 3 Avaliação Padronizada: Escala de Barthel

	0	5	10	15
Alimentação	Dependente	Precisa alguma ajuda	Independente	
Transferências	Dependente	Necessita ajuda de outra pessoa	Precisa de alguma ajuda	Independente
Higiene	Dependente	Independente		
Utilização do Sanitário	Dependente	Precisa de alguma ajuda	Independente	
Banho	Dependente	Toma banho sozinho/ Sem ajuda		
Mobilidade	Imóvel	Independente em cadeira de rodas	Caminha menos de 50m com pouca ajuda	Caminha 50m, sem ajuda ou supervisão
Subir e descer escadas	Dependente	Precisa de ajuda	Independente	
Vestir	Dependente	Precisa de ajuda	Independente	
Controlo Intestinal	Incontinente	Acidente ocasional	Controla, sem acidentes	
Controlo Urinário	Incontinente ou algaliado sendo incapaz de a manusear	Acidente ocasional	Controla, algaliado capaz de manusear sozinho	

Fonte: Direção Geral da Saúde. (2011). Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e Reabilitação. Norma n.º 054. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011.aspx>

À pontuação mínima de 0 corresponde o máximo grau de dependência para todas as atividades de vida diárias avaliadas e a pontuação máxima de 100 é atribuída à independência total no desempenho dessas mesmas atividades, conforme se demonstra na tabela 4 (Araújo et al., 2007).

Tabela n.º4: Scores da Escala de *Barthel*: grau de dependência

Independente	> 90-100 pontos
Ligeiramente dependente	60 – 90 pontos
Moderadamente dependente	40 – 55 pontos
Severamente dependente	20 – 35 pontos
Totalmente dependente	< 20 pontos

Fonte: Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora

Na prática clínica, a escala de *Barthel* permite inferir não só sobre a pontuação total obtida, mas também a pontuação parcial para cada uma das atividades de vida diária, e consecutivamente conhecer a incapacidade particular de cada indivíduo, adequando os cuidados em conformidade com os cuidados prestados (Araújo et al., 2007).

Em vários estudos internacionais, a Escala de *Barthel* demonstra ser um instrumento de avaliação das atividades de vida diária com elevados resultados de confiabilidade e validade (Paixão & Reichenheim, 2005).

Relativamente à sua adaptação para a população portuguesa Araújo et al. (2007) desenvolveram um estudo em que a Escala de *Barthel* apresenta um elevado coeficiente de confiabilidade (alfa de *Cronbach* de 0,96).

O estudo desenvolvido por Sequeira (2007) demonstrou que existe uma consistência interna de 0,89 para a totalidade da escala e uma estrutura fatorial de três fatores que explicavam 75% da variância total: [mobilidade – alimentação, vestir, subir e descer escadas, deambulação, transferência e utilização do sanitário – (alfa = 0,96, variância explicada 52,1%), higiene – banho e higiene corporal (alfa = 0,84, variância explicada 12,4%) e controlo dos esfíncteres vesical e intestinal – (alfa=0,87, variância explicada 10,7%)].

A opção por a aplicação da escala de *Barthel* fez-se por ser vulgarmente utilizado em diversos contextos da prática clínica e por o mesmo ser considerado o instrumento mais adequado para avaliar o grau de incapacidade na execução das atividades de vida diária. É de fácil aplicação e interpretação, permitindo ao investigador despender pouco tempo no seu preenchimento (Araújo et al., 2007).

3.3.3. Organização dos cuidados de enfermagem de reabilitação

A prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação desenvolvidos, ao longo da Unidade Curricular Estágio Final, centraram-se nas alterações apresentadas na execução das atividades de vida diária pela pessoa e a sua família, ou o potencial risco de desenvolvimento de alterações no seu desempenho. Assim, as intervenções de enfermagem de reabilitação foram desenvolvidas com base numa avaliação inicial da pessoa.

As informações recolhidas junto da pessoa, familiares e processo clínico são importantes, na medida em que permitem a recolha de informação prévia ao internamento, sobretudo no que se refere à dependência nas atividades de vida diária.

A avaliação do estado de consciência da pessoa através da aplicação da Escala de Coma de *Glasgow*, permite inferir o estado de consciência do indivíduo para o cumprimento de ordens e realização das intervenções desenvolvidas, uma vez que em caso de alteração significativa, o desempenho para o cumprimento do programa de enfermagem de reabilitação poderia estar comprometido.

Importa avaliar também o estado hemodinâmico do doente, avaliando a tensão arterial, frequência cardíaca, temperatura corporal, frequência respiratória e oximetria de pulso (Peixoto, 2009).

Posteriormente, à avaliação inicial do doente e aplicação da Escala de Coma de *Glasgow* (Anexo D), foi estabelecida uma avaliação inicial do desempenho da pessoa na realização das atividades de vida diária, com recurso à Escala de *Barthel*, através de uma observação por parte do investigador, sem interferência do mesmo (Anexo E).

Com base nessa avaliação inicial foi determinado o grau de dependência apresentado pelo indivíduo.

Determinado o grau de dependência e identificada a atividade de vida em que a pessoa apresentava mais dependência, foi estabelecido um programa de ensino e treino de atividades

de vida diária e a execução dos exercícios preconizados pela Bateria de Testes de Aptidão Funcional de Rikli e Jones.

O programa de exercícios de aptidão funcional foi aplicado a todos os doentes que reuniam previamente as condições estabelecidas e com duração de cerca de 20 minutos durante pelo menos 3 vezes na semana, sendo sempre o seu registo efetuado pelo investigador em impresso adaptado para o efeito (Anexo F).

Prévio ao programa, existia um treino de exercícios respiratórios, para controlo do esforço cardiorrespiratório, objetivando-se a frequência cardíaca de treino máxima permitida a cada individuo. Os exercícios respiratórios incluíam a técnica da respiração diafragmática, dissociação dos tempos respiratórios, reeducação costal global e tosse dirigida.

A aplicação dos testes de aptidão funcional seguiram a ordem proposta pelas autoras, por forma a minimizar os esforços da pessoa na execução dos mesmos:

Exercício 1. Levantar e sentar na cadeira – avaliação da força e resistência dos membros inferiores (número de repetições que a pessoa executa em 30 segundos, sem utilizar os membros superiores) (Figura 1).

Figura n.º 1 – Levantar e Sentar na Cadeira



Fonte: Casajús, J. (2004). Red de Investigación en Ejercicio Físico y Salud para Poblaciones Especiales – Exernet. Facultad de Medicina. Universidade de Zaragoza. Disponível em:

http://www.spanishexernet.com/pdf/PROTOCOLO%20CONDICION%20FISICA%20CORTO%20E%20XERNET_mayores.pdf

Exercício 2. Flexão do antebraço – avaliação da força e resistência do membro superior (número de repetições em 30 segundos) (Figura 2).

Figura n.º2 – Flexão do Antebraço



Fonte: Casajús, J. (2004). Red de Investigación en Ejercicio Físico y Salud para Poblaciones Especiales – Exernet. Facultad de Medicina. Universidade de Zaragoza. Disponível em:

http://www.spanishexernet.com/pdf/PROTOCOLO%20CONDICION%20FISICA%20CORTO%20E%20XERNET_mayores.pdf

Exercício 3. Sentado e alcançar – avaliação da flexibilidade dos membros inferiores (distância que o individuo consegue atingir na direção dos dedos dos pés) (Figura 3).

Figura n.º3 – Sentado e Alcançar



Fonte: Casajús, J. (2004). Red de Investigación en Ejercicio Físico y Salud para Poblaciones Especiales – Exernet. Facultad de Medicina. Universidade de Zaragoza. Disponível em:

http://www.spanishexernet.com/pdf/PROTOCOLO%20CONDICION%20FISICA%20CORTO%20E%20XERNET_mayores.pdf

Exercício 4. Estatura e peso – avaliação do índice de massa corporal.

Exercício 5. Sentado, caminha 2,44metros e voltar a sentar – avaliação da mobilidade física, velocidade, agilidade e equilíbrio dinâmico (Figura 4).

Figura n.º4 – Sentado, Caminhar 2,44 metros e Voltar a Sentar



Fonte: Casajús, J. (2004). Red de Investigación en Ejercicio Físico y Salud para Poblaciones Especiales – Exernet. Facultad de Medicina. Universidade de Zaragoza. Disponível em:

http://www.spanishexernet.com/pdf/PROTOCOLO%20CONDICION%20FISICA%20CORTO%20EXERNET_mayores.pdf

Exercício 6. Alcançar atrás das costas - avaliação da flexibilidade dos membros superiores (distância que as mãos conseguem atingir atrás das costas (Figura 5).

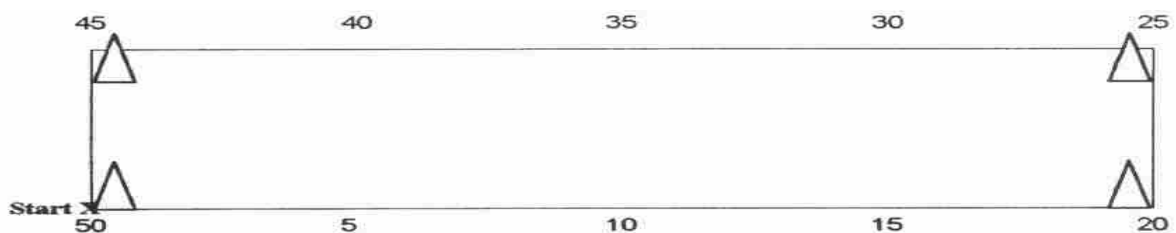
Figura n.º 5 – Alcançar Atrás das Costas



Fonte: Casajús, J. (2004). Red de Investigación en Ejercicio Físico y Salud para Poblaciones Especiales – Exernet. Facultad de Medicina. Universidade de Zaragoza. Disponível em:
http://www.spanishexernet.com/pdf/PROTOCOLO%20CONDICION%20FISICA%20CORTO%20E%20XERNET_mayores.pdf

Exercício 7. Andar 6 minutos – avaliação da resistência aeróbia (na maior distância percorrida em 6 minutos) (Figura 6).

Figura n.º 6 – Andar 6 Minutos



Fonte: Rikli, R., Jones, C. (1999). Development and Validation of a Functional Fitness Test for Community-Residing Older Adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, Volume 7. Fulletern. Disponível em:
<https://doi.org/10.1123/japa.7.2.129>

Para a implementação do programa de exercícios de aptidão funcional foram utilizados recursos materiais tais como cronómetro, para medição do tempo na execução

das intervenções, uma cadeira, uma fita métrica, uma balança e pesos disponíveis no serviço. Relativamente aos pesos existiu a necessidade de adaptação dos pesos existentes aos necessários para realizar as intervenções. Assim, para os indivíduos do sexo masculino preconizou-se a utilização de pesos com 3,5 quilogramas e para indivíduos do sexo feminino pesos com 2,5 quilogramas.

3.3.4. Procedimentos éticos e formais

O desenvolvimento de estudos científicos implica o respeito pelos direitos, liberdades e garantias das pessoas que participem na investigação.

No estudo desenvolvido ao longo da Unidade Curricular Estágio Final foi assegurado o direito à autodeterminação, anonimato, confidencialidade, tratamento justo e equitativo nos dados recolhidos.

O direito à autodeterminação baseia-se no princípio ético do respeito pela pessoa, pela sua capacidade de decidir livremente se quer ou não participar na investigação (Fortin, Côté, & Fillion, 2009).

O direito ao anonimato e à confidencialidade é adotado e respeitado quando a identidade do indivíduo não é associada às respostas individuais (Fortin et al., 2009).

O anonimato garante a igualdade de oportunidades a todos os indivíduos, facilitando a sua livre opinião, sem que os mesmos se sintam pressionados (Justo, 2005).

Garantiu-se durante o estudo o direito ao tratamento justo e equitativo dos dados, após esclarecimento dos indivíduos, da natureza, tempo de duração e finalidade do estudo (Fortin et al., 2009).

Como forma de respeitar os direitos dos indivíduos participantes, foi elaborado um consentimento informado, livre e esclarecido respeitando a Declaração de Helsínquia e a

Convenção de Oviedo que foi explanado aos indivíduos, familiares e/ou cuidadores (Anexo G).

Respeitando os melhores princípios éticos e formais, foi pedido parecer à Comissão de Ética da instituição e ao Conselho de Administração (Anexo H), a quem foram enviados cópia do consentimento informado, do projeto e dos instrumentos de registo, da qual se obteve parecer favorável (Anexo I).

Os documentos supra mencionados foram igualmente enviados, conjuntamente com pedido de parecer à Comissão de Ética – Área da Saúde e do Bem-estar da Universidade de Évora (Anexo J), da qual se obteve igualmente parecer favorável à implementação do projeto de intervenção profissional (Anexo K).

Obtidos os respetivos pareceres positivos, o estudo foi divulgado junto das respetivas chefias do serviço de Medicina 3, Senhora Enfermeira em funções de chefia e do Senhor Diretor Clínico. Nada havendo a opor deu-se início à operacionalização do respetivo estudo.

3.4. Resultados

Nesta seção pretende-se apresentar os resultados relevantes obtidos e sintetizados. São apresentados primariamente os resultados principais que procuram responder aos objetivos do estudo e posteriormente, outros resultados que considerámos pertinentes para o estudo (Pereira, 2013).

As intervenções específicas de enfermagem de reabilitação delineadas no projeto objetivavam os ganhos de independência funcional de idosos. Baseado nesta premissa, definiu-se como objetivo geral do projeto de intervenção profissional implementar um programa de enfermagem de reabilitação a indivíduos com dependência nas atividades básicas de vida diária e como objetivos específicos, identificar qual ou quais a (s) atividade (s) de vida diária com maior grau de dependência, melhorar a aptidão funcional e qualidade de vida da pessoa e contribuir para a máxima independência na execução das atividades básicas de vida diária.

Para a realização desta avaliação, utilizaram-se os dados alcançados nos dois doentes que cumpriram na totalidade o programa de enfermagem de reabilitação, fazendo ainda alusão aos fatores que resultaram numa amostra reduzida.

Consideraram-se os dados recolhidos e as sessões realizadas até ao ganho de independência funcional máxima ou até à permanência da pessoa no serviço de internamento.

A tabela 5 demonstra o número de sessões de exercícios e o número de avaliações da independência funcional realizadas por indivíduo.

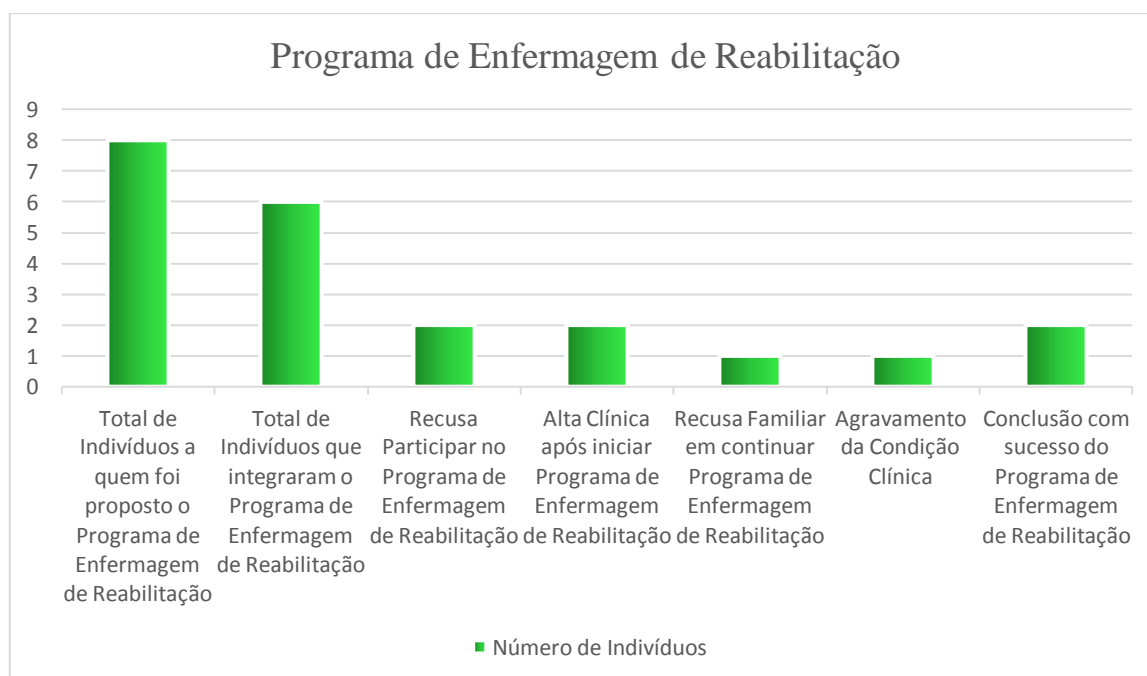
Tabela n.º 5. Número de sessões de exercícios e avaliação da independência funcional realizadas

	N.º de Sessões de exercícios de Rikli e Jones	N.º de Avaliações de Independência Funcional
Pessoa 1	12	3
Pessoa 2	13	4
Pessoa 3	1	1
Pessoa 4	2	1
Pessoa 5	1	1
Pessoa 6	2	1
Total	31	11

Fonte: O próprio

O programa de enfermagem de reabilitação foi proposto após avaliação dos critérios de inclusão a um total de 8 doentes. O gráfico 1 evidencia a amostra da população que cumpria esses critérios, após entrevista inicial com o doente.

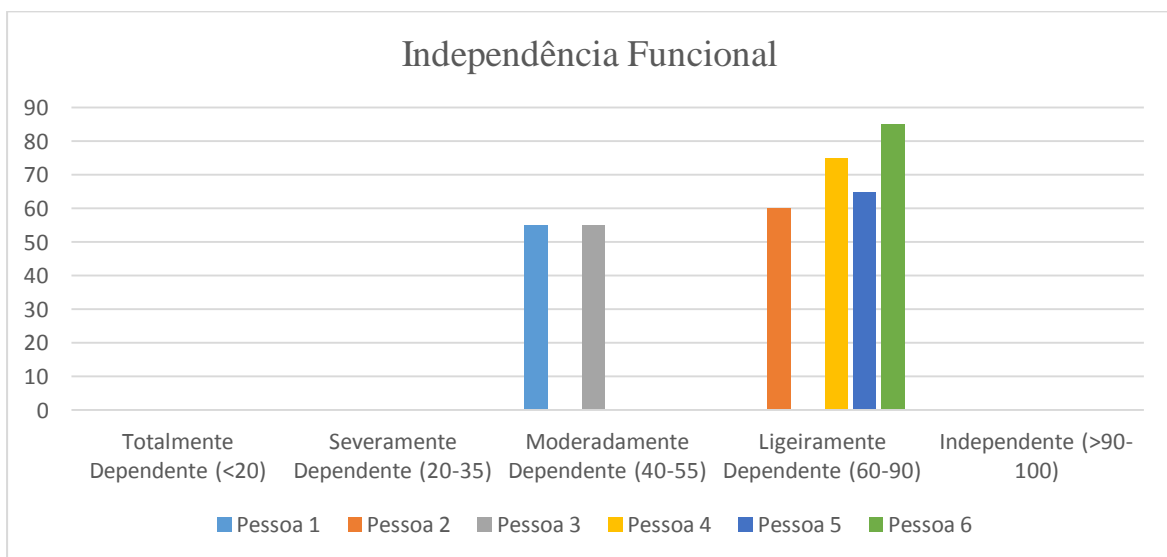
Gráfico n.º 1 - Programa de Enfermagem de Reabilitação



Fonte: O próprio

Da seleção inicial de indivíduos resultou a avaliação do grau de independência funcional demonstrado no gráfico 2. Verificamos que os *scores* das pessoas avaliadas variavam entre 55 e 85. Quatro pessoas apresentavam *scores* entre 60 e 85, compatível com uma classificação de ligeiramente dependente e duas pessoas apresentavam um score de 55 (moderadamente dependentes).

Gráfico n.º 2 – Grau de Independência Funcional da amostra inicial



Fonte: O próprio

Da implementação do programa de enfermagem de reabilitação à amostra (n=2) que concluiu na totalidade o mesmo, emergem os resultados do ganho de independência funcional, que se demonstram nos gráficos 3 e 4, respetivamente.

Relativamente à identificação de qual ou quais a (s) atividade (s) de vida com maior grau de dependência e o grau de independência na execução de cada uma das atividades de vida, a Tabela 6 identifica para cada um dos indivíduos do estudo a respetiva atividade de vida com maior grau de dependência e em qual o programa de enfermagem de reabilitação contribuiu para um maior grau de autonomia.

Tabela n.º 6 – Avaliação da Dependência Funcional da Amostra (n=2)

Atividades de Vida Diária	Pessoa 1	Pessoa 2
	Avaliação Inicial	Avaliação Inicial
Alimentação	5	10
Transferências	10	10
Higiene	0	5
Utilização do Wc	5	10
Banho	0	0
Mobilidade	10	10
Subir e Descer Escadas	5	5
Vestir	5	5
Controlo Intestinal	10	5
Controlo Urinário	5	0

Fonte: O próprio

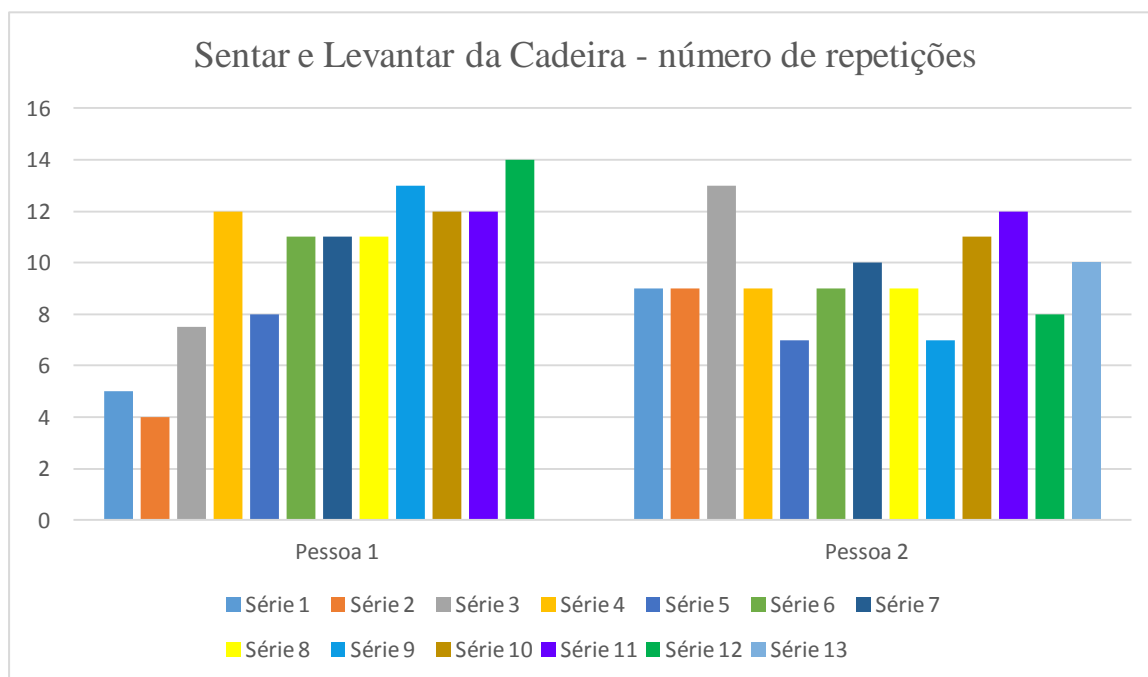
A cotação de pontos na avaliação de cada uma das atividades de vida diária maioritariamente varia da seguinte forma: 0 = Dependente; 5 = Necessita de Ajuda e 10 = Independente, excecionalmente nos itens transferências e mobilidade a cotação de independência é 15 (Pires, 2014).

Analisando a tabela 6, verifica-se que a atividade de vida banho é a que apresenta maior grau de dependência para ambos os doentes, adicionalmente na avaliação da Independência Funcional da Pessoa 1, verifica-se também um maior grau de dependência na atividade de vida higiene e para a Pessoa 2 é a atividade de vida controlo urinário.

Uma vez que o projeto de intervenção profissional visava a melhoria da aptidão funcional da pessoa e consecutivamente a sua qualidade de vida, os gráficos que se seguem, são demonstrativos da evolução positiva para cada uma das pessoas que concluiu o estudo, estando ordenados conforme a sequência dos exercícios de Aptidão Funcional de Rikli e Jones realizados.

O gráfico 3, referente ao exercício de sentar e levantar da cadeira, mostra a evolução em número de repetições, ao longo do tempo de implementação do programa de enfermagem de reabilitação.

Gráfico n.º 3 – Exercício de Sentar e Levantar da Cadeira



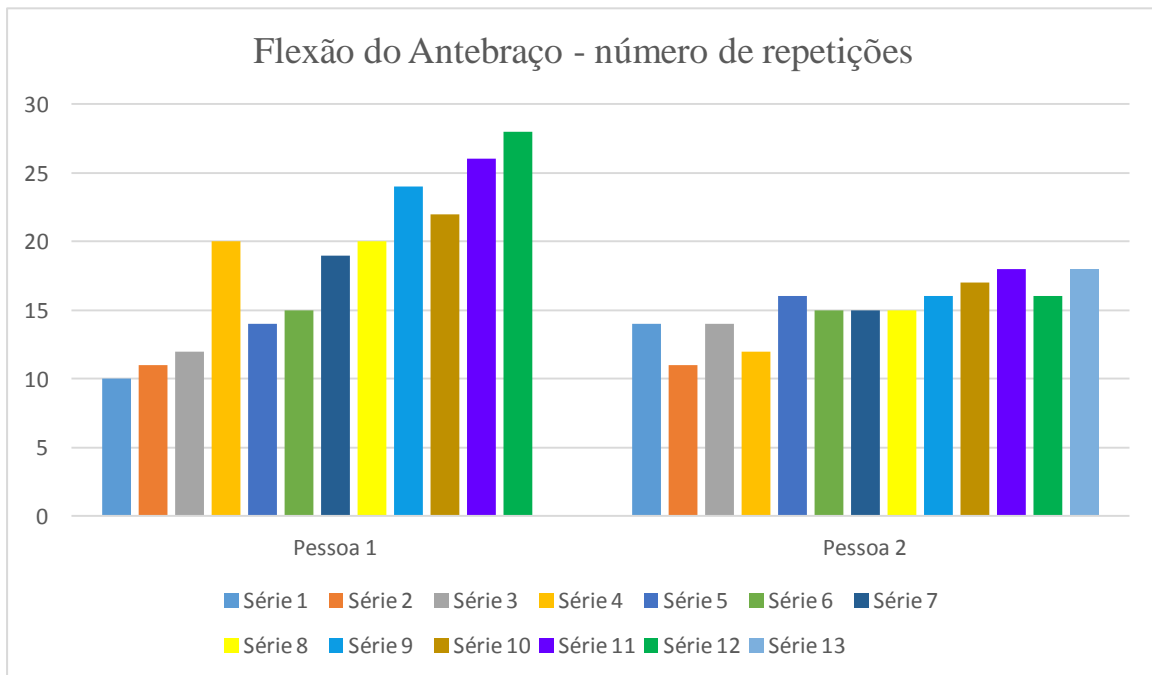
Fonte: O próprio

Relativamente aos resultados da Pessoa 1, verifica-se que quando o programa foi iniciado, este indivíduo realizava apenas 5 repetições durante os 30 segundo preconizados. Destaca-se a sua evolução, terminando o programa realizando 14 repetições, ou seja, mais do dobro das repetições iniciais.

A pessoa 2 apresentou resultados mais uniformes. No início do programa realizava 9 repetições e terminou o programa de enfermagem de reabilitação realizando 10 repetições.

O gráfico 4 mostra a evolução de ambos os indivíduos ao longo do programa de enfermagem de reabilitação no exercício de flexão do antebraço dominante.

Gráfico n.º 4 – Exercício de Flexão do Antebraço

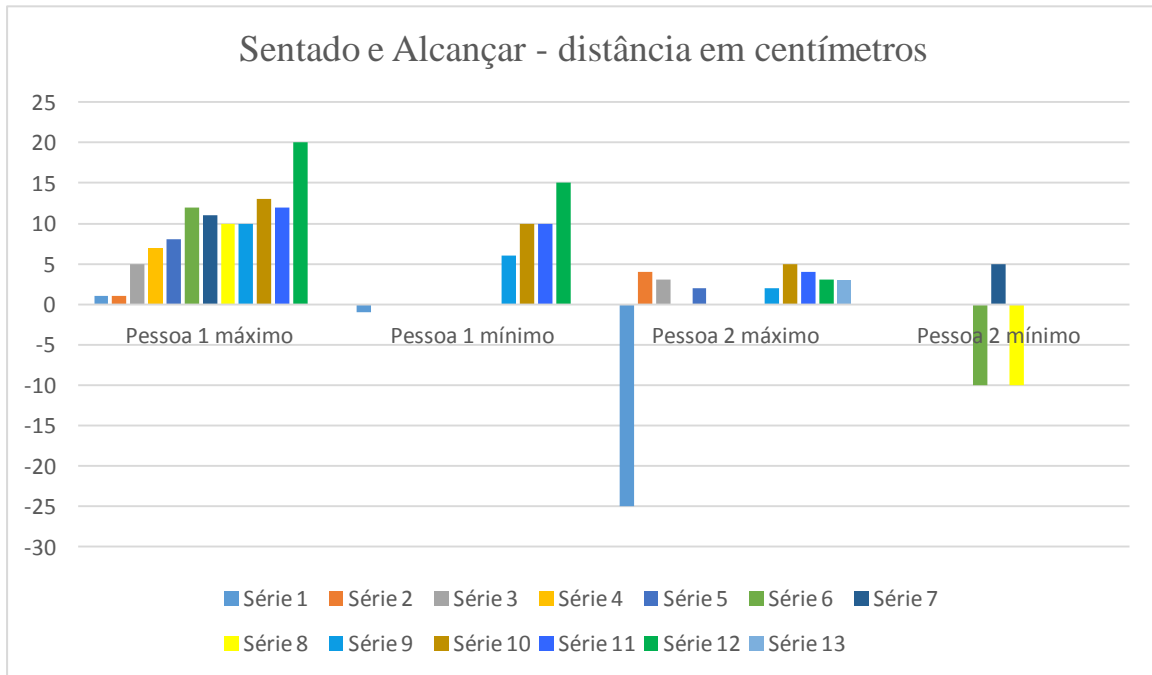


Fonte: O próprio

Uma análise pormenorizada demonstra uma evolução significativa dos resultados da Pessoa 1, comparativamente aos resultados da Pessoa 2. De uma série de 10 repetições ao início, a Pessoa 1 terminou o programa realizando 27 repetições. Mais constantes, os resultados da Pessoa 2, mostram uma ligeira evolução, passando de 13 repetições ao início para 18 repetições aquando do término do programa.

O exercício de flexibilidade de “Sentado e Alcançar” obteve resultados menos favoráveis, tornando mais difícil demonstrar a evolução dos indivíduos ao longo da sua realização, contudo analisando o gráfico 5, verifica-se para ambas as pessoas, que no início do programa de enfermagem de reabilitação, apresentavam um valor negativo de distância, ou seja não alcançavam os pés ou a outra mão atrás das costas, essas distâncias foram gradualmente diminuindo.

Gráfico n.º 5 – Exercício de Sentado e Alcançar



Fonte: O próprio

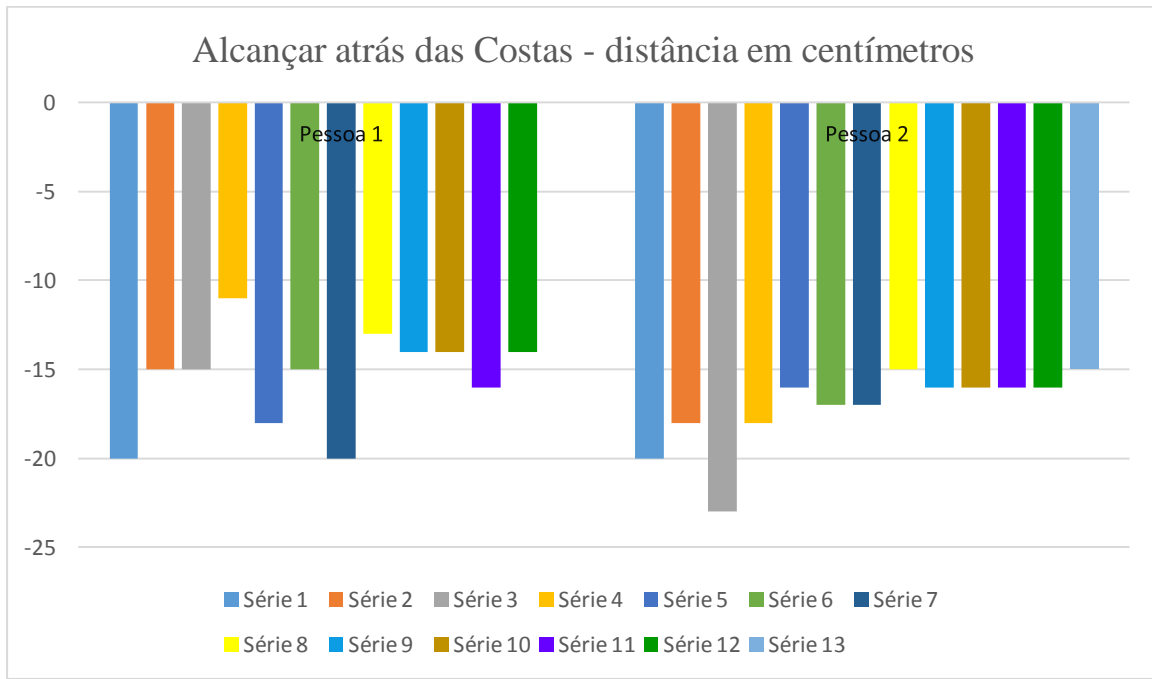
A Pessoa 1, apenas não conseguiu alcançar os pés uma vez, sendo que ao longo das sessões do programa de enfermagem de reabilitação progressivamente atingiu o objetivo, ultrapassando para além dos pés uma distância de 20cm.

A Pessoa 2, inicialmente apresentou um resultado de distância negativa em cerca de 25cm, ou seja, não conseguiu atingir os pés, progressivamente a distância foi sendo menor, ultrapassando no fim do programa de enfermagem de reabilitação os pés numa distância em cerca de 2cm.

O exercício de alcançar as mãos atrás das costas, foi de acordo com a informação transmitida pelos indivíduos em estudo o mais difícil de realizar, por exigir maior flexibilidade e mobilidade articular. Os resultados apresentados no gráfico 6 em centímetros, em que as mãos atrás das costas não se conseguiam tocar, traduziram-se em valores negativos. Pormenorizadamente a Pessoa 1 conseguiu reduzir a distância inicial (-20) para um a distância inferior a menos de 15 centímetros. No caso da Pessoa 2, que no início do programa também apresentava uma distância negativa em 20cm, houve uma redução da distância para 15

centímetros negativos. Este ganho na redução da distância, ainda que mantendo valores negativos, releva um ganho de flexibilidade.

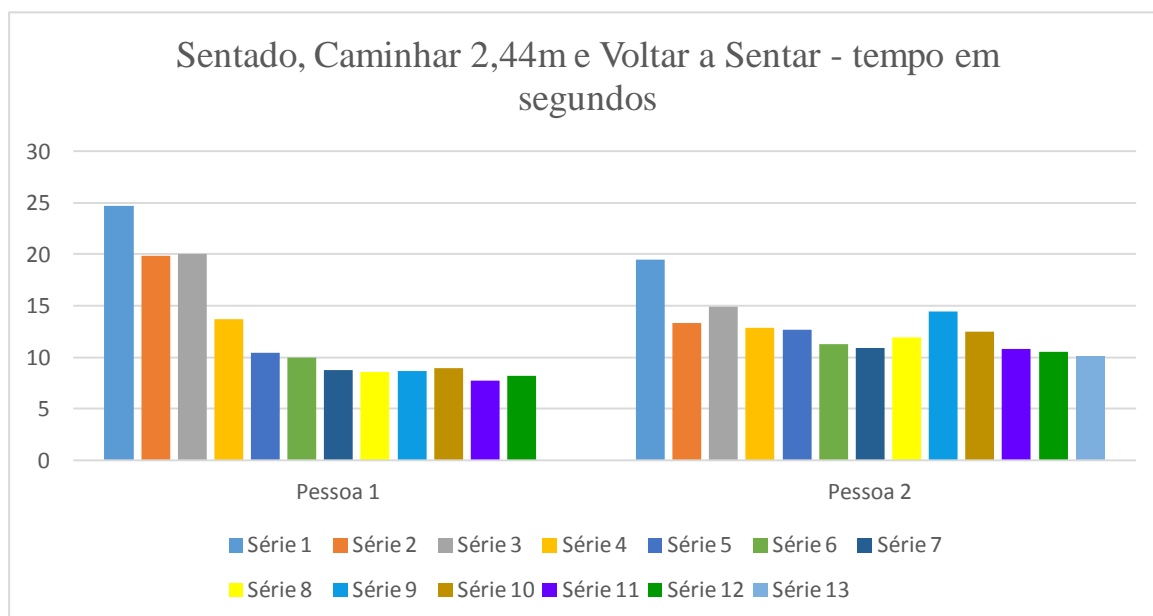
Gráfico n.º 6 – Exercício de Alcançar atrás das Costas



Fonte: O próprio

No gráfico 7, estão expostos os resultados referentes ao tempo, em segundos, que o indivíduo despende entre levantar-se da cadeira, percorrer uma distância de 2,44 metros, regressar e voltar a sentar-se.

Gráfico n.º 7 – Exercício de Sentado, Caminhar 2,44m e Voltar a Sentar



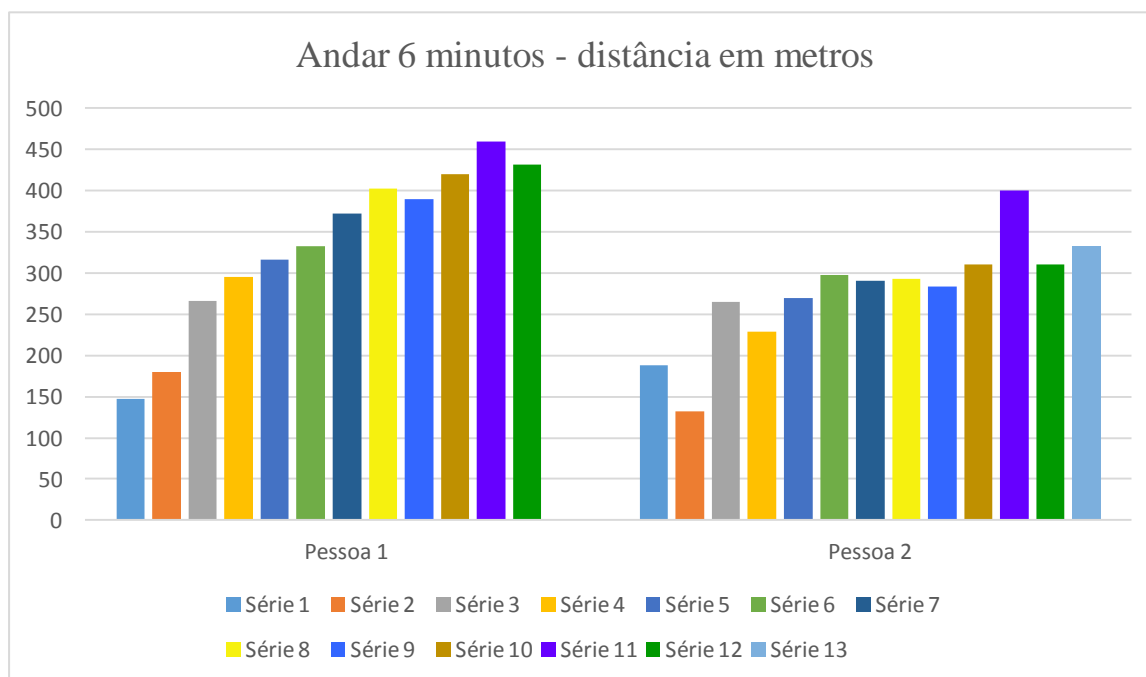
Fonte: O próprio

Analisando os resultados verifica-se que na primeira sessão do programa de enfermagem de reabilitação, a Pessoa 1 necessitou de cerca de 25 segundos para concluir o exercício com sucesso. Com o decurso do programa, o tempo necessário foi gradualmente diminuindo, sendo que quando concluiu o programa, completava o exercício num tempo inferior a 10 segundos, demonstrando com evidência uma evolução favorável em ganho de mobilidade.

A Pessoa 2, para o mesmo exercício aquando da implementação do programa de enfermagem de reabilitação, necessitou de 19 segundos para concluir o exercício. Progressivamente o tempo necessário foi reduzindo, necessitando aquando da conclusão do programa de 10 segundos.

Os ganhos de aptidão funcional na mobilidade, através do exercício de andar durante 6 minutos estão expressos no gráfico 8.

Gráfico n.º 8 – Exercício de Andar 6 minutos



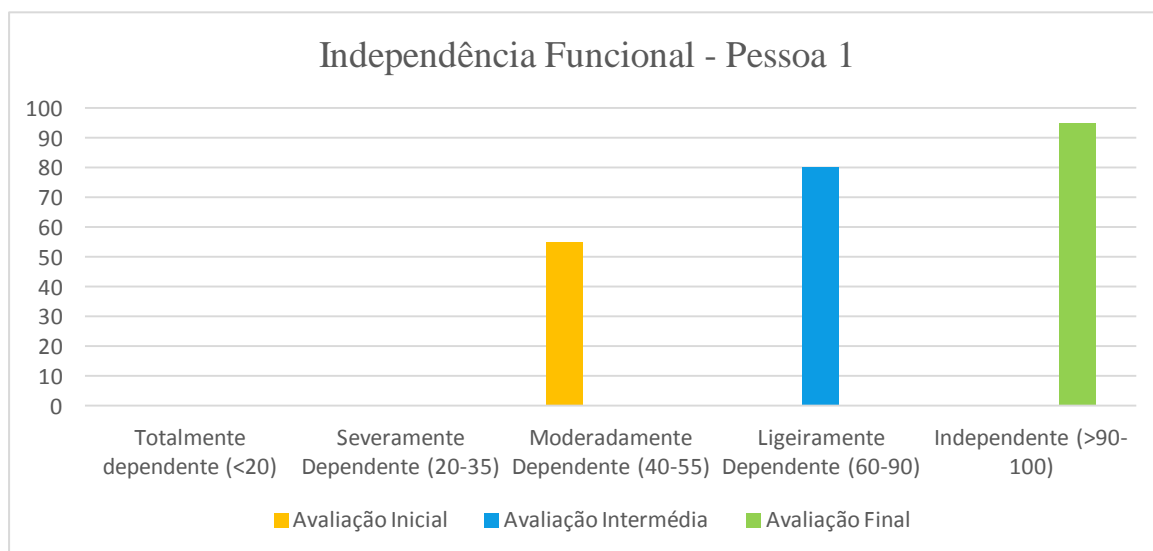
Fonte: O próprio

Analisando criteriosamente os resultados é visível uma evolução exponencial da distância percorrida pela Pessoa 1 durante os 6 minutos. No início do programa de enfermagem de reabilitação este indivíduo percorria uma distância sensivelmente inferior a 150 metros, terminando o programa a percorrer distâncias superiores a 400 metros. São também observáveis os resultados evolutivos obtidos pela Pessoa 2, que iniciou o programa a percorrer uma distância entre os 150 e 200 metros e alcançou no seu fim uma distância superior aos 300 metros.

Após análise dos resultados apresentados, verificámos que as pessoas idosas que concluíram com sucesso o programa de enfermagem de reabilitação obtiveram ganhos globais de aptidão funcional e de independência funcional. Importa analisar os resultados induzidos na evolução de independência funcional de cada um dos indivíduos envolvidos no estudo.

Globalmente, através do gráfico 9, podemos constatar a evolução na independência funcional da pessoa 1, que lhe permitiu passar de uma situação de moderadamente dependente (*score* 55) para independente (*score* 95).

Gráfico n.º 9 – Ganho de Independência Funcional da Pessoa 1



Fonte: O próprio

Na tabela 7 apresentam-se os ganhos de independência funcional por atividade básica de vida da Pessoa 1, finalizado o programa de enfermagem de reabilitação.

Tabela n.º.7 – Ganho de Independência Funcional por Atividade de Vida Diária da Pessoa 1

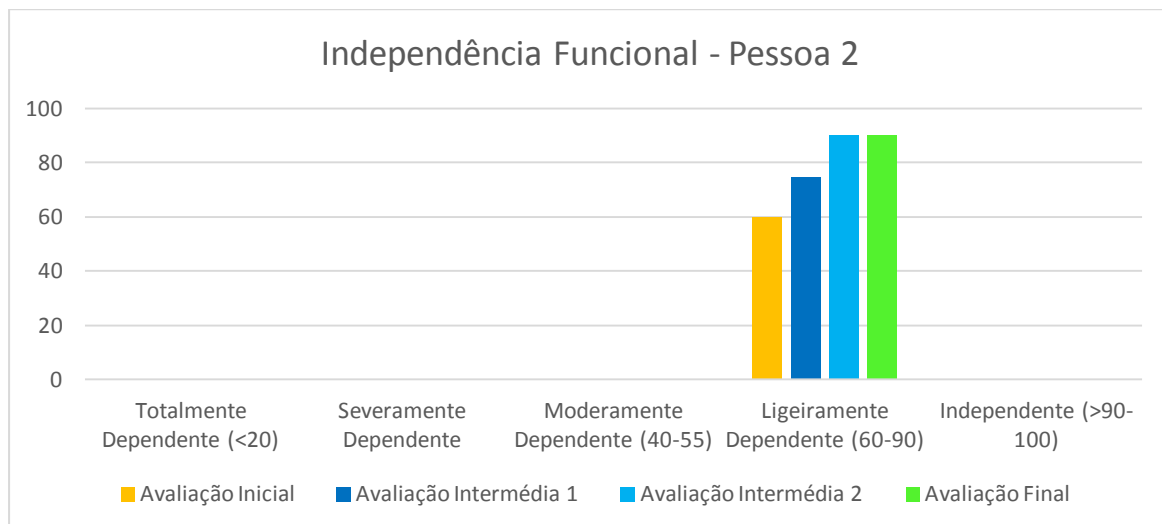
Atividades de Vida Diária	Pessoa 1 Avaliação Final
Alimentação	10
Transferências	15
Higiene	5
Utilização do Wc	10
Banho	5
Mobilidade	15
Subir e Descer Escadas	5
Vestir	10
Controlo Intestinal	10
Controlo Urinário	10

Fonte: O próprio

Comparando os resultados obtidos no fim do programa de enfermagem de reabilitação com os resultados iniciais, verificámos ganhos de independência funcional da Pessoa 1 em todas as atividades de vida exceto na atividade de vida subir e descer escada, na qual o doente manteve o grau de dependência, necessitando de ajuda para a sua execução.

Relativamente aos resultados globais da Pessoa 2, que no início do programa de enfermagem de reabilitação apresentava um *score* de 60 e apesar de manter um grau de ligeira dependência após o término do mesmo, demonstra-se através dos resultados ganhos de independência funcional (*score* 90), conforme demonstra o gráfico 10.

Gráfico n.º10 – Ganho de Independência Funcional da Pessoa 2



Fonte: O próprio

Particularizando os ganhos de independência funcional da Pessoa 2, obtidos para cada uma das atividades básicas de vida diária, obtivemos os resultados parciais apresentados na tabela 8.

Tabela n.º 8 – Ganho de Independência Funcional por Atividade de Vida Diária da Pessoa 2

Atividades de Vida Diária	Pessoa 2
	Avaliação Final
Alimentação	10
Transferências	15
Higiene	5
Utilização do Wc	10
Banho	5
Mobilidade	10
Subir e Descer Escadas	5
Vestir	10
Controlo Intestinal	10
Controlo Urinário	10

Fonte: O próprio

Ao longo do programa de enfermagem de reabilitação, foram avaliados o peso, a estatura e o Índice de Massa Corporal, por serem variáveis que sofrem alterações com o processo de envelhecimento. Os resultados da composição corporal da Pessoa 1 e da Pessoa 2 que constituíram a amostra estão evidenciados nas tabelas 9 e 10, respetivamente.

Tabela n.º 9 – Composição Corporal da Pessoa 1

Altura (metros)	Peso (Kg)	Índice de Massa Corporal (Kg/m ²)
1,60	64,2	25,08
1,60	65	25,39
1,60	64,6	25,23
1,60	64,8	25,31

Fonte: O próprio

Tabela n.º 10 – Composição Corporal da Pessoa 2

Altura (metros)	Peso (Kg)	Índice de Massa Corporal (Kg/m ²)
1,70	60,7	21,00
1,70	58,6	20,28
1,70	64,8	22,42
1,70	64,4	22,28

Fonte: O próprio

3.5. Discussão Dos Dados

Considera-se significativo refletir sobre a problemática estudada, sobretudo no que respeita às diferentes metodologias e instrumentos de avaliação utilizados pelos diferentes autores para o seu estudo, pese embora essas diferenças, os resultados alcançados em cada um desses estudos parece ir ao encontro dos objetivos traçados.

A revisão da literatura desta temática focaliza a sua atenção na problemática do envelhecimento e no aumento de dependência da população em geral, com consequências a vários níveis.

A avaliação da independência funcional através da Escala de *Barthel*, ao total do grupo de indivíduos que aceitou participar no estudo, revela que independentemente dos fatores sociodemográficos, os idosos sofrem de algum grau de dependência, sendo que dois, demonstram mesmo estar moderadamente dependentes. Sobre a amostra efetivamente estudada e que concluiu com sucesso todo o programa de enfermagem de reabilitação, verifica-se que quando se inicia o estudo a Pessoa 1 apresenta um grau de dependência moderada e a Pessoa 2, um grau de dependência ligeiro.

O estudo concretizado por Monteiro (2012) demonstrou que pelo menos 50% da amostra estudada apresentava um grau moderado a severo de dependência funcional.

Uma análise mais pormenorizada sobre o grau de dependência funcional em cada uma das atividades básicas de vida diária, verificou-se que para ambos os indivíduos ao início do estudo a atividade básica de vida diária banho e controlo urinário foram as que apresentaram maior grau de dependência, conforme evidenciado na tabela 6.

Estes resultados vão de encontro aos obtidos por Monteiro (2012) e por Duca, Silva e Hallal (2009) que demonstraram existir uma elevada percentagem de idosos com menor grau de autonomia no controlo urinário, demonstrando serem maioritariamente independentes nas atividade de vida alimentação, deambulação e controlo intestinal. Resultados semelhantes foram obtidos por Míno, Amendola, Alvarenga e Oliveira (2010), a alimentação foi a atividade de vida em que os idosos eram mais independentes, assim como apresentavam maior dependência para a atividade de vida controlo urinário e banho.

Em relação ao número de sessões de exercícios de aptidão funcional e independência funcional, ficou demonstrado que existe uma forte relação entre um maior número de exercícios realizados e ganhos de independência na realização das atividades de vida diária. Quanto menos a aptidão física, maior é o grau de dependência (Monteiro, 2012).

O estudo da aptidão física e a capacidade funcional dos idosos, após implementação do projeto de enfermagem de reabilitação, permitiu sugerir que existe uma relação inversamente proporcional entre o grau de dependência e o desempenho da capacidade funcional, ou seja, quanto maior for o grau de dependência apresentado, menor é a aptidão funcional demonstrada pelos idosos. O estudo elaborado por Gonçalves et al. (2010) demonstrou que uma maior independência na execução das atividades de vida diária está relacionada com uma melhor capacidade de coordenação e equilíbrio dinâmico.

A execução de um programa de aptidão funcional regular, como o implementado no projeto de intervenção, produziu efeitos benéficos na qualidade de vida, em ganhos de autonomia e melhoria da capacidade funcional.

Analisando pormenorizadamente os resultados parciais dos exercícios de aptidão funcional obtidos por cada uma das pessoas, poder-se-á verificar uma evolução na realização dos mesmos e consecutivamente melhor qualidade de vida e desempenho.

Nos exercícios de força e resistência muscular, que na bateria de testes de Rikli e Jones (1999), são o levantar e sentar na cadeira e a flexão do antebraço, perspectiva-se que quanto maior for o número de repetições, ou seja flexões dos membros superior e inferiores, melhor é o resultado alcançado. A análise aos gráficos 7 e 8, e olhando para aqueles que foram os resultados da Pessoa 1, verifica-se uma evolução gradual do número de flexões. Ao início do programa de enfermagem de reabilitação, a Pessoa 1, realizava menos de 10 flexões nos 30 segundos preconizados, terminando o programa a realizar claramente mais. Mais constantes, os resultados realizados pela Pessoa 2, revelam também uma evolução, embora não tão gradual. Estes resultados demonstram ganhos de força muscular nos membros superiores e inferiores, conforme Machado (2008) demonstra no seu estudo.

Mais recentemente o estudo de Preto et al. (2016), demonstra que um aumento da força global do membro superior dominante poderá ser traduzido em ganhos da capacidade

funcional. Analisando os resultados obtidos pelos autores, verifica-se que o número de repetições realizadas pela Pessoa 1 estão em concordância com os valores médios obtidos, e para aqueles que são valores de referência, considerados por Rikli e Jones (2013).

Dos testes de flexibilidade que constituem os exercícios de aptidão funcional propostos por Rikli e Jones (1999), fazem parte o exercício de Sentar e Alcançar e Alcançar atrás das Costas, verifica-se uma ligeira mas não significativa melhoria nos ganhos de flexibilidade. Estudos desenvolvidos por Sousa (2012) e por Alves, Batista e Dantas (2006) reforçam a necessidade de aumentar o tempo e a frequência dos exercícios de flexibilidade. Esta ideia é reforçada também no estudo de Preto et al. (2016). Contudo Faria e Oliveira (2008) conseguiram comprovar que um aumento significativo de flexibilidade, equilíbrio, mobilidade e agilidade, traduzem melhorias da aptidão funcional e na qualidade de vida.

Alterações na mobilidade física (velocidade, agilidade e equilíbrio dinâmico) traduzem alterações no padrão de marcha e um aumento do risco de quedas, traduzindo-se num aumento da dependência para a realização das atividades básicas de vida (Costa et al., 2010).

Os resultados demonstrados no estudo, evidenciados pelos exercícios de sentado, caminhar 2,44m e voltar a sentar e de andar 6 minutos, evidenciam ganhos de mobilidade, traduzidos pela diminuição do tempo a cumprir o exercício e pelo aumento das distâncias percorridas. Estudos desenvolvidos por Lima (2002) e Cavani et al. (2002) divulgaram que um programa de aptidão funcional regular traduz melhorias na agilidade e equilíbrio dos idosos. Estes resultados são reforçados com o estudo desenvolvido por Sousa (2012) em que idosos praticantes de exercícios de aptidão física regular apresentam melhores valores de mobilidade física, comparativamente aos não praticantes.

O teste do sentar, caminhar 2,44m e voltar a sentar é frequentemente utilizado para avaliar indivíduos com eventual potencial de queda, sendo que para tempos de execução superiores a 13,5 segundos a fragilidade e o risco de queda está presente (Preto et al., 2016).

Analisando o gráfico 7, verifica-se que os participantes no nosso estudo apresentavam tempos superiores ao considerado de risco, ultrapassando os 15 segundos e que após a implementação do programa de enfermagem de reabilitação, o tempo de execução do percurso passou a ser de cerca de 10 segundos, ou seja abaixo do valor preconizado para o

risco de queda, demonstrando-se um importante ganho em saúde para os idosos intervencionados.

Comparativamente ao exercício de andar 6 minutos, os resultados para cada um dos indivíduos, demonstra progressivamente um aumento da distância percorrida, contudo e comparando-os com os valores de referência de Rikli e Jones (2013), para a faixa etária preconizada no estudo, os mesmos são significativamente inferiores, preconizando as autoras que a distância percorrida deveria rondar os 500 metros. Este facto releva a necessidade de implementar programas de aptidão funcional e mobilizar a população idosa à sua participação.

O excesso de peso tem sido relacionado com a diminuição da aptidão funcional dos idosos para a realização das suas atividades de vida diária, sobretudo no que respeita às atividades motoras (Rech et al., 2010).

Decorrente do processo de envelhecimento, acontece uma diminuição da estatura e aumento do peso corporal, resultado da acumulação de massa gorda. Assim, é importante verificar se existe uma relação entre o Índice de Massa Corporal e a aptidão funcional dos idosos.

Analisando os resultados obtidos do Índice de Massa Corporal dos indivíduos que integram a amostra do estudo, não se verificam alterações significativas do mesmo ao longo do programa de enfermagem de reabilitação. Contudo, de acordo com a informação disponibilizada pela Direção Geral da Saúde (2018), a Pessoa 1 encontrava-se no estado de pré-obesidade e a Pessoa 2 apresentava à data do estudo um peso normal.

Idosos com excesso de peso apresentam menores índices de aptidão funcional que os que apresentam um peso normal, o que evidencia a necessidade de controlo do Índice de Massa Corporal dos idosos, por apresentar implicações na realização das atividades de vida diária (Vagetti et al., 2017).

Em suma, os resultados obtidos estão em concordância com a literatura sobre a aptidão funcional e os níveis de dependência dos idosos na realização das atividades de vida. Assim, quanto maior o grau de dependência dos idosos institucionalizados, menor são os seus níveis de aptidão física, contrariamente uma melhor flexibilidade e agilidade permitem melhores

níveis de aptidão funcional para a execução das atividades de vida diária (Gonçalves et al., 2010).

Na impossibilidade de generalização dos resultados obtidos, podemos inferir sobre a necessidade de implementação de programas de exercícios de reabilitação incidentes sobre a aptidão funcional com o objetivo de tornar o processo de envelhecimento mais ativo.

Será necessário para futuro aplicar o projeto durante um período temporal mais alargado, de forma a permitir obter uma amostra de maior dimensão e que permita um adequado tratamento estatístico.

O desenvolvimento deste projeto neste contexto de cuidados e em outras realidades institucionais com o envolvimento do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação permitiram um contributo para a independência funcional de idosos e para um envelhecimento com mais qualidade de vida.

Para além do estabelecimento destes programas de aptidão funcional é necessário incentivar e motivar a participação por parte dos idosos e suas famílias, mostrando os ganhos obtidos, assim como a utilização de instrumentos de avaliação uniformizados e ainda mais precisos.

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

O processo de formação e aprendizagem em enfermagem é um processo contínuo. Pressupõe o desenvolvimento de competências, que envolve o conhecimento, o saber fazer e o saber ser/estar (Ferreira, Cubo & Carioca, 2017). Estes componentes devem estar conjugados na prática de cuidados e nas diferentes atividades que formam a atividade do enfermeiro.

A enfermagem como disciplina científica baseia a sua prática em investigação científica na qual divulga os seus conhecimentos e competências (Fawcett, 2000), contudo estas competências e conhecimentos só são possíveis de se desenvolver na prática clínica, contribuindo assim para o progresso do desenvolvimento profissional do enfermeiro (Benner, 2001). Todavia, o desenvolvimento das competências carece de uma prática refletida.

Baseados nestas premissas e no decurso da Unidade Curricular Estágio Final, foi-nos permitido o desenvolvimento de práticas hábeis e refletidas, com capacidade de juízo crítico para a prestação de cuidados de enfermagem, sobretudo de cuidados de enfermagem de reabilitação permitindo assim o desenvolvimento de competências comuns inerentes à enfermagem especializada, à enfermagem especializada em enfermagem de reabilitação e à aquisição de competências de mestre.

4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

O enfermeiro especialista é detentor de um conhecimento numa área específica da enfermagem em função da capacidade humana de adaptação aos processos de vida e problemas de saúde, para o qual demonstra uma tomada de decisão baseada num juízo clínico relativo à sua intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

A Ordem dos Enfermeiros (2011a) divide as competências comuns do enfermeiro especialista em quatro grandes domínios: a responsabilidade ética e legal, a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, a gestão dos cuidados e desenvolvimentos das aprendizagens profissionais assertivas.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o enfermeiro:

- a) Fortalece uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção e diligencia práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2011a)

De acordo com o Regulamento n.º122/2011 de 18 de fevereiro a Ordem dos Enfermeiros define que o enfermeiro especialista atua no domínio da responsabilidade ética e legal, difundindo que os cuidados prestados são desenvolvidos em respeito pelos direitos humanos e responsabilidades profissionais.

As decisões e práticas individuais do enfermeiro são baseadas na ética (Deodato, 2016).

A prestação de cuidados durante o desenvolvimento da unidade curricular foi baseado na deontologia profissional e naquelas que são as referências para a prestação de cuidados de enfermagem na instituição.

Os cuidados de enfermagem prestados respeitaram os direitos humanos, as responsabilidades profissionais, a privacidade e dignidade da pessoa, promovendo o direito à vida, e evitando intervenções ineficazes e dolorosas (Regulamento n.º122/2011 de 18 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros).

Para desenvolver este domínio de competências comuns do enfermeiro especialista, existiu a necessidade de encontrar estratégias e um juízo crítico, por o doente não apresentar autonomia na capacidade de decisão, estabelecendo-se uma relação entre os profissionais e o doente/família e /ou cuidador.

Os cuidados de enfermagem de reabilitação são prestados a pessoas com diferentes capacidades de autonomia, sendo que cabe ao enfermeiro assistir a pessoa / família tendo em conta a necessidade em falta, respeitando os valores e hábitos (Deodato, 2016).

Aquando da aplicação do projeto de reabilitação à pessoa idosa e de forma a salvaguardar irregularidades, o estudo foi submetido à apreciação e aprovação da Comissão de Ética do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE, onde se expressava a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos, junto dos participantes. No decurso da sua aplicação, poder-se-á afirmar que a dignidade e privacidade foram sempre respeitadas.

Sempre que um eventual participante manifestou recusa em participar no estudo, a sua vontade foi respeitada, conforme afirma Deodato (2016) em que o enfermeiro fica obrigado a aceitar essa vontade e de algum modo gerir as expetativas da pessoa com a verdade, quando os objetivos traçados ou pretendidos não eram passíveis de atingir.

A prestação de cuidados de enfermagem especializados em reabilitação a vários doentes exigiu o estabelecimento de prioridades nos planos de intervenção.

A assunção dos princípios éticos da beneficência e da não maleficência estiveram presentes na prática diária, no estabelecimento dos planos de cuidados de reabilitação propostos ao Enfermeiro Orientador.

De acordo com o artigo 85º da Deontologia Profissional de Enfermagem, o enfermeiro está obrigado ao sigilo profissional, abstendo-se de juízos de valor.

Para o cumprimento dos objetivos traçados, foi determinante o relacionamento interpessoal e interprofissional junto da equipa multidisciplinar.

A integração na sua plenitude no seio da equipa de enfermagem permitiu aos enfermeiros de cuidados gerais a solicitação na tomada de decisões e no estabelecimento de cuidados. A responsabilização desta solicitação na assessoria é competência do enfermeiro especialista, conforme o disposto no domínio da gestão de cuidados, expresso no Regulamento n.º122/2011 de 18 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros.

No domínio da melhoria contínua da qualidade, o enfermeiro:

- a) Cumpre um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das estratégias institucionais na área da governação clínica;
- b) Produz e contribui em programas de melhoria contínua da qualidade;
- c) Gera e mantém um ambiente terapêutico e seguro (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

Ao enfermeiro especialista, de acordo Regulamento n.º122/2011 de 18 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros, são permitidas ocasiões de investigação para desenhar, implementar ou colaborar em programas de melhoria

A qualidade dos cuidados obtém-se para além do exercício profissional com a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Neste domínio de competência da enfermagem de reabilitação foi importante a participação e continuação do projeto de melhoria contínua dos cuidados, implementado no Serviço de Medicina 3, com o seguimento ao projeto de despiste de alterações da deglutição, avaliando a todos os doentes internados a deglutição. Relativamente às intervenções de enfermagem de reabilitação inerentes ao projeto de independência funcional de idosos, objetiva-se que se dê continuidade ao trabalho desenvolvido, de modo a promover a autonomia funcional no desempenho das atividades de vida diária, com aproveitamento para efetuar exercícios de reeducação funcional respiratória e de reeducação ao esforço. As ações desenvolvidas permitiram dinamizar os cuidados de enfermagem de reabilitação, garantindo a segurança do doente e a criação de um ambiente terapêutico.

Todas as intervenções permitiram incrementar habilidades de análise, planeamento e liderança de programas de melhoria contínua da qualidade, contribuindo para um ambiente seguro (Regulamento n.º122/2011 de 18 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros).

No domínio da gestão de cuidados, o enfermeiro:

- a) Produz cuidados, melhorando à eficácia de resposta da equipa de enfermagem na articulação na equipa multidisciplinar;

- b) Adequa a liderança e a administração dos recursos às situações e ao contexto (Ordem dos Enfermeiros, 2011a)

No decurso da Unidade Curricular, foram desenvolvidas atividades de gestão, coordenação e supervisão permitindo o desenvolvimento da gestão dos cuidados, no que respeita à aptidão da gestão dos cuidados, visando a otimização das respostas da equipa multidisciplinar e da qualidade dos cuidados adequados à condição clínica e às necessidades da pessoa, família e/ou cuidador.

A orientação e supervisão das intervenções delegadas, a otimização do processo de tomada de decisão e supervisão, a otimização do trabalho em equipa, a adequação dos recursos aos cuidados e a adaptação ao estilo de liderança permitiram o ganho de competências no domínio da gestão dos cuidados (Regulamento n.º122/2011 de 18 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros).

Na atualidade e face à escassez de recursos é fundamental combater desperdícios no setor da saúde, procurando a excelência dos cuidados aliados à evidência científica mais atualizada, contribuindo assim para o desenvolvimento do domínio da gestão de cuidados.

No domínio das aprendizagens profissionais, o enfermeiro:

- a) Pratica o autoconhecimento e a assertividade;
- b) Baseia a sua prática clínica especializada no conhecimento atualizado (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

Para o sucesso do domínio das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º122/2011 de 18 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros), foram desenvolvidas estratégias de autoconhecimento enquanto ser humano e enfermeiro, procurando uma resposta assertiva na relação pessoa/família e nos cuidados prestados.

A procura de cuidados de excelência envolve a necessidade de reflexão e recurso à mais recente evidência científica de modo a fundamentar as intervenções desenvolvidas na prática clínica.

A aplicação do projeto foi conduzida por práticas fundamentadas que permitiram um nível de excelência dos cuidados, muito embora exista necessidade de sensibilizar mais os profissionais e as próprias pessoas e famílias para a necessidade de um maior grau de autonomia.

4.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

A disciplina de Enfermagem é de acordo com Queiroz, Haguette & Haguette (2009) orientada para a praxis profissional através de um processo reflexivo e de conceptualização. Silva & Silva (2004) corroboram que as competências da enfermagem são desenvolvidas em contextos práticos e reais, permitindo um desenvolvimento completo das competências.

De acordo com o Regulamento n.º125/2011 de 18 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros, existem para os cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, 3 objetivos principais, com foco na melhoria da função, na promoção da independência e máxima satisfação da pessoa.

Como forma de satisfação dos objetivos acima mencionados, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, emprega técnicas especializadas, intervindo na educação, no direito à qualidade de vida e dignidade (Regulamento n.º125/2011 de 18 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros).

- a) Presta cuidados às pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática clínica (Ordem dos Enfermeiros, 2011b).

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação no seu contexto da prática de cuidados deve demonstrar um elevado conhecimento do contexto em que intervém, estando sujeito a influência da pessoa, do ambiente, dos cuidados de enfermagem e da saúde.

Fazendo recurso da população alvo, idosos maioritariamente dependentes nas suas atividades básicas de vida, do contexto em que se desenvolveu a Unidade Curricular Estágio Final e respeitando as competências anteriormente mencionadas, os cuidados de enfermagem de reabilitação prestados tiveram em consideração a limitação ou restrição da pessoa para a sua participação. Foram utilizados instrumentos de avaliação e recursos disponíveis para a implementação de intervenções que objetivavam o ganho de autonomia e independência na realização das atividades de vida. Simultaneamente, e considerando a pessoa como um todo, foram aplicadas técnicas de reeducação funcional respiratória, com o objetivo de reeducar ao esforço, conseguir maior qualidade de vida e de reintegração social.

Nas reavaliações do grau de dependência nas atividades de vida e em função da maior ou menor adesão da pessoa, foram adotadas estratégias simples de como por exemplo definir horários (por exemplo, antes das refeições), repetição dos exercícios mais motivadores ou estímulos de caráter pessoal, como por exemplo a satisfação demonstrada no atingir de determinado objetivo.

A satisfação desta competência teria sido plena se tivesse sido possível visitar o contexto individual em que a pessoa se insere e desenvolve as suas atividades básicas de vida diária, uma vez que como afirma Hoeman (2011) o planeamento, a implementação e avaliação dos cuidados só é total quando se conhece o ambiente familiar em que a pessoa se insere.

- b) Habilita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou participação para a reinserção e pleno exercício da cidadania (Ordem dos Enfermeiros, 2011b).

O desenvolvimento desta competência incidiu em pessoas com limitação funcional motora e respiratória, uma vez que os cuidados de enfermagem de reabilitação desenvolvidos tinham como objetivo a adaptação às restrições no desempenho das atividades de vida, levando-os à maximização da autonomia e qualidade de vida (Regulamento n.º125/2011 de 18 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros).

Frequentemente perante uma situação de doença, a pessoa pode ficar limitada no desempenho autónomo de uma ou mais atividades de vida, sendo preponderante o papel do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação no ensino e treino de técnicas

adaptativas que objetivem ganhos de autonomia, envolvendo de modo vigoroso a pessoa, a família ou cuidador na gestão dos cuidados de saúde (Marques-Vieira & Sousa, 2016).

Na execução dos exercícios de índole motora, a motivação e capacitação para a realização de atividade física segura e moderada, são duas componentes fundamentais.

No treino de atividades de vida diária, inicialmente foi efetuada uma observação de como a pessoa o executa e posteriormente foram sugeridas alterações adaptadas, particularmente naquelas que eram mais limitadas, por exemplo o vestir e despir, o banho, a utilização do sanitário e as transferências.

- c) Potencia a funcionalidade devolvendo aptidões à pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2011b)

É competência do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, potenciar as capacidades remanescentes, prescrevendo ajuda técnicas que reduzam as dificuldades, e permitam uma maior independência, com um menor gasto energético, esforço e dor (Menoita, 2012).

A prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação incidiu na maximização das capacidades funcionais motoras, respiratórias e atividades de vida.

A execução de programas de treino de reeducação motora está intimamente interligada ao treino cardiorrespiratório. Os treinos motores têm como objetivo na pessoa idosa a prevenção da imobilidade, o restabelecimento da força e tónus muscular e a manutenção das amplitudes articulares.

Na prevenção e correção de defeitos ventilatórios, com o objetivo de melhorar a ventilação alveolar, foram instituídos exercícios de expansibilidade torácica através de controlo e dissociação dos tempos respiratórios utilizando analogias (“cheirar a flor” e “soprar a vela”), exercícios de reeducação respiratória do tipo abdomino-diafragmática, associados a exercícios de reeducação costal global.

O inspirómetro de incentivo foi também utilizado frequentemente para monitorizar o volume inspirado e a capacidade pulmonar.

O treino de marcha controlada e o treino de atividades de vida diária, objetivaram a recuperação da mobilidade, função, aumento da massa muscular e equilíbrio, contribuindo para a prevenção de quedas.

Direcionada para os resultados é fulcral o reconhecimento dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2004).

As intervenções de enfermagem de reabilitação descritas destacam ganhos de independência no desempenho das atividades de vida diária com evolução favorável na escala de *Barthel*.

Demonstra-se a real necessidade de planificação dos cuidados, com intervenções objetivas e adequadas às necessidades da pessoa e família, adaptando-os sempre que necessário (Reis & Bule, 2016).

4.3. Competências de Mestre

O curso de Mestrado em Enfermagem em Associação tem como desígnio o progresso dos saberes teórico-práticos da enfermagem numa área de especialização. Quando concluído, terão sido formados mestres em enfermagem, com capacidade de fortalecer as competências de enfermagem especializada (comuns e especializadas numa área do saber), respondendo aos problemas de saúde das pessoas com juízo crítico, mestres que reforcem os valores éticos e deontológicos da profissão, fazendo uso da mais recente evidência científica, liderem equipas e projetos contribuindo para o desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina e profissão (Regulamento do Funcionamento do Mestrado em Enfermagem, 2016).

O Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março, revogado pelo Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro, no capítulo III, artigo 15º evidencia as competências para atribuição do grau de mestre.

No decurso da unidade Curricular Estágio Final, todas as intervenções desenvolvidas contribuíram para o desenvolvimento das competências de mestre.

1ª Competência: Demonstra e compreende saberes, aprofundando-os e contribuindo para o desenvolvimento científico da enfermagem.

Para o cumprimento desta competência, foi desenvolvida proficiência na identificação de problemas, implementação e avaliação de programas de enfermagem de reabilitação individualizados, respeitante ao processo de enfermagem e cumprindo o regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista e do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

2ª Competência: Aplica os saberes da sua área de estudo na resolução de dificuldades em circunstâncias multidisciplinares.

Considerando a problemática do envelhecimento populacional e a cada vez maior dependência, as intervenções desenvolvidas, objetivando os ganhos de autonomia, ainda que em número reduzido de participantes, demonstram ganhos, mas também que é preciso uma maior participação de outros profissionais da saúde. Uma interligação mais aprofundada e empenhada.

É preciso divulgar mais informação, fazê-la chegar a todos, e sobretudo às pessoas e famílias. Encorajá-los a participar.

3ª Competência: Capacidade de integração de conhecimentos, juízo clínico e tomada de decisão, com responsabilidade ética, deontológica e social.

O verdadeiro exercício da profissão faz-se cumprindo e respeitando a dignidade da pessoa e os valores éticos e deontológicos emanados para a profissão.

Frequentemente na prestação de cuidados assiste-se a situações de complexa compreensão e resolução que exigem reflexão. O respeito pelos seus hábitos e valores determina o estabelecimento de uma relação terapêutica e de confiança, contudo face a situações de ausência de autonomia, as decisões e intervenções tinham que ser tomadas escutando terceiros, mas na defesa do seu interesse.

4ª Competência: Capacidade de comunicar as estratégias e conclusões do trabalho de investigação, a especialistas e não especialistas.

A comunicação entre os profissionais de enfermagem, especialistas ou não especialistas e outros profissionais, é parte importante do processo de reabilitação.

Durante o desenvolvimento da Unidade Curricular Estágio Final foram desenvolvidos planos de cuidados de reabilitação debatidos com o Enfermeiro Tutor e Enfermeira em funções de chefia, reajustando-se esses mesmos cuidados sempre que necessário. Ao enfermeiro responsável do utente, fosse especialista ou generalista, era pedido a colaboração para a autonomização do doente, ou seja que o mesmo executasse mais ativamente os seus cuidados.

5ª Competência: Desenvolvimento autónomo de conhecimentos e aptidões ao longo da vida.

O recurso à mais recente evidência científica e o aprofundamento do conhecimento contribuem para o exercício profissional e uma prestação de cuidados em consonância com as melhores práticas. Ao longo deste curso de Mestrado em Enfermagem, pelos desafios que se proponham e pela necessidade de resposta a novos problemas da área de especialização essa mesma procura foi intensificada.

Já no decurso da Unidade Curricular Estágio Final, a necessidade de procura de informação especializada sobre os principais problemas da população idosa contribuíram para o sucesso dos cuidados prestados.

A integração na equipa multidisciplinar do Serviço de Medicina 3 permitiu a participação ativa no projeto intersectorial do despiste precoce de alterações na deglutição.

A aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação contribuíram grandemente para o desenvolvimento das competências e obtenção do grau de mestre.

5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

O processo de avaliação e controlo da Unidade Curricular Estágio Final requer momentos de contato e partilha de informação com o enfermeiro supervisor e com o professor orientador. Adicionalmente, foram promovidos momentos de partilha informativa com todos os intervenientes no processo, objetivando a adequação dos cuidados prestados, particularmente os cuidados de enfermagem de reabilitação, das intervenções planeadas, e sobretudo, do projeto de intervenção profissional, com um programa de enfermagem de reabilitação para a independência funcional dos idosos.

Os contactos estabelecidos permitiram a identificação de eventuais necessidades de ajuste do projeto de intervenção profissional, com vista à obtenção das competências de enfermagem especializada e de mestre, previamente planeadas. Os objetivos gerais estabelecidos para a Unidade curricular Estágio Final, nos quais se incluem o objetivo de desenvolver competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação que certificam o desenvolvimento da prática de cuidados de enfermagem de reabilitação, o objetivo de desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista e o objetivo de obter saberes, habilidades e competências de mestre foram integralmente conseguidos com o desenvolvimento das atividades no decurso da Unidade Curricular, nomeadamente com a implementação do projeto de intervenção profissional de enfermagem de reabilitação, a elaboração de instrumentos de registos dos cuidados de enfermagem de reabilitação e com a prestação direta de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Referente aos objetivos específicos delineados para o projeto de intervenção profissional, que depreendia a identificação da (s) atividade (s) básica (s) de vida diária com maior grau de dependência; a melhoria da aptidão funcional dos indivíduos participantes e contribuir para a independência na execução das atividades básicas de vida diária, foram conseguidos na sua plenitude, contribuindo para o desenvolvimento das intervenções de enfermagem de reabilitação e a excelência dos cuidados de enfermagem prestados.

Em suma, o cronograma inicialmente elaborado não necessitou de ajustes, respeitando-se os períodos temporais e as atividades planeadas.

6. CONCLUSÃO

Os processos de concetualização, de reflexão e de pesquisa, centrados na prática clínica de enfermagem são determinantes para a disciplina e para a profissão de enfermagem, orientando o saber profissional na ação (Queiroz, Haguette, & Haguette, 2009).

O conhecimento prático, relacionado com a habilidade do saber fazer, permite questionar e ampliar o conhecimento teórico da enfermagem, realizado através de estudos e de investigação científica, aplicados à prática de cuidados de enfermagem. Contudo, os conhecimentos adquiridos ao longo do tempo no exercício da prática, nem sempre foram regularmente estudados e não permitiram estabelecer uma associação entre o conhecimento teórico e o conhecimento prático. Assim, não existindo resultados que exponham essas aprendizagens, as ciências de enfermagem ficam condicionadas da magnificência das intervenções de enfermagem na prática clínica (Benner, 2001).

A aquisição de competências deve ser efetuada com base em investigação científica que conduza a intervenções eficazes e justificadas. A realização de estudos e de investigação de natureza científica contribuem para o desenvolvimento da disciplina da enfermagem, permitindo a distinção entre intervenções cientificamente comprovadas ou não (Hesbeen, 2000).

Partindo destas premissas, é agora o momento de concluir o presente relatório da Unidade Curricular Relatório do primeiro curso de Mestrado em Enfermagem em associação, com especialização em Enfermagem de Reabilitação.

As atividades planeadas conjuntamente com o Enfermeiro Supervisor, a Enfermeira em Funções de Chefia e o Professor Orientador contribuíram para a aquisição e desenvolvimento de saberes necessários à prática dos cuidados de enfermagem de reabilitação, sendo determinantes na aquisição de competências de enfermagem especializada e de mestre e assumindo que as mesmas pressupõem um conjunto de recursos a mobilizar face às situações de cuidados, à pessoa e família.

Na elaboração e fundamentação do projeto de intervenção profissional de enfermagem de reabilitação para a independência funcional dos idosos procurou-se fazer uso da evidência científica sobre o tema em investigação.

A prestação direta de cuidados de enfermagem de reabilitação à população específica, alvo do projeto de intervenção, contribuíram para um enriquecimento profissional, mas também para a melhoria de intervenções no domínio da reeducação funcional motora e treino de atividades de vida diária, sendo que também foram aperfeiçoadas competências no domínio da reeducação funcional respiratória.

Os resultados obtidos, após a execução do programa de enfermagem de reabilitação para a independência funcional dos idosos, suportado em princípios éticos e deontológicos, corroboram que a prática de exercícios de aptidão funcional contribuem para a independência na realização das atividades de vida diária, garantido uma melhoria da qualidade de vida, sem prejuízo clínico para esta população específica.

As condições harmoniosas da instituição, do serviço, da equipa multidisciplinar e a disponibilidade demonstrada pelo supervisor e pelo orientador, contribuíram para que a Unidade Curricular Estágio Final decorresse sem qualquer incidente crítico, sendo pelo contrário alvo de elogio e reconhecimento da Supervisão de Enfermagem da instituição acolhedora.

O horizonte temporal no qual se desenvolveu a Unidade Curricular evidenciou uma evidente etapa de aquisição e desenvolvimento de competências, que possibilitaram que todos os objetivos traçados fossem integralmente atingidos.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alencar, Rubia A., Ciosak, Suely I., Braz, Elizabeth, Costa, Maria F. B. N.A., Nakano, Nelize G. R., Rodrigues, Juliana, Rocha, Ana C. A. L. (2011). Senescência e Senilidade: um novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 45 (2), 1763-1768
- Alves, A; Baptista, M., Dantas, E. (2006). Os efeitos da prática do yoga sobre a capacidade física e autonomia funcional em idosas. *Fitness & Performanc Journal*, 5 (4), 243-249. Disponível em: DOI: 10.3900/fpj.5.4.243.p
- Alves, L., Leite, I., Machado, C. (2008). Conceituando e Mensurando a Incapacidade Funcional da População Idosa: uma revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000400016>
- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A., Pinto, C., (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Qualidade de Vida*. Volume. 25. N.º2. julho/dezembro. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/15740>
- Associação Portuguesa de Apoio à Vitima (2016). Estatísticas APAV – Relatório Anual 2016. Lisboa. Disponível em: https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2016.pdf
- Batista el al (2011). *Livro Verde da Aptidão Física*. Instituto do Desporto de Portugal, I.P. Lisboa. Estrelas de Papel, Lda. Disponível em: <http://observatorio.idesporto.pt/Multimedia/Livros/Aptidao/LVAptidao.pdf>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (A. Queirós, Trad.). Coimbra: Quarteto
- Bravo, J., Raquel, G., Folgado, H., Raimundo, A. (2017) Níveis de atividade e aptidão funcional em idosos da região do Alentejo, Portugal. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*. Évora. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2017.3%282%29.955>

- Cabete, D. (2005). *O Idoso, a Doença e o Hospital – O Impacto do Internamento Hospitalar no Estado Funcional e Psicológico das Pessoas Idosas*. Loures, Lusociência.
- Cavani, V., Mier, C., Musto, A., Tummers, N. (2002). Effects of a 6-week Resistance training program on functional fitness of older adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, 10 (4). Disponível em: <https://doi.org/10.1123/japa.10.4.443>
- Casajús, J. (2004). Red de Investigación en Ejercicio Físico y Salud para Poblaciones Especiales – Exernet. Facultad de Medicina. Universidade de Zaragoza. Disponível em:
http://www.spanishexernet.com/pdf/PROTOCOLO%20CONDICION%20FISICA%20CORTO%20EXERNET_mayores.pdf
- Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE. (2017). Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE – Institucional. Faro. Disponível em: <http://www.chualgarve.min-saude.pt/instituicao/>
- Civinski, C., Montibeller, A., Braz, A. (2011). A Importância do Exercício Físico no Envelhecimento. *Revista Online da Unifebe*. 9. Janeiro/junho: 163-175. Disponível em:
<http://periodicos.unifebe.edu.br/index.php/revistaeletronicaadaunifebe/article/view/68/57>
- Cordeiro, M., Menoita, F. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas*. 1ªEd., Lusociência, Loures.
- Costa, A., Oliveira, A., Alves, F., Chaves, D., Moreira, R., Araújo, T. (2010). Diagnóstico de Enfermagem: Mobilidade física prejudicada em pacientes acometidos por acidente vascular encefálico. *Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo* 44(3). São Paulo. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000300029>
- Deodato, S. (2016). Ética nos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação In Marques-Vieira, C. Sousa, L., *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (1ª ed., pp. 35-39). Loures. Lusodidacta

- Diário da República. (2006). Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março – Graus e Diplomas do Ensino Superior. Lisboa. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/671482>
- Diário da República. (2016). Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro – Graus e Diplomas do Ensino Superior. Lisboa. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/75319373>
- Diogo, M. (2000). O Papel da Enfermeira na Reabilitação do Idoso. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. volume 8, 75-81 disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692000000100011>
- Direção Geral da Saúde (2017). Estratégia e Plano de Ação Global para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017 – 2025 - Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial. Lisboa. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Direção Geral da Saúde (2017). Programa Nacional Para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. Lisboa
- Direção Geral da Saúde. (2011). Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e Reabilitação. Norma n.º 054. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2018). Cálculo IMC Adulto. Plataforma Contra a Obesidade. Lisboa. Disponível em: <http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/textos01.aspx?cttextoid=157&menuid=347&exmenuid=159>
- Duarte, Y., Andrade, C., Lebrão, M. (2007). O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista da Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo*. Volume 41, nº2. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000200021>
- Duca, G., Silva, M., Hallal, P. (2009). Incapacidade Funcional para Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária em Idosos. *Revista de Saúde Pública*, 43 (5). Pelotas. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000057>

- Esquinas, A. (2010). *Noninvasive Mechanical Ventilation*. (S. H. D. L. N. York, Ed.). Disponível em: <http://doi.org/10.1007/978-3-642-11365-9>
- Faria, V., Oliveira, A. (2008). *Yogilates: condicionamento físico, força e flexibilidade em idosas sedentárias*. Funec-Fundação Municipal de Educação e Cultura/Educação Física: São Paulo. Disponível em: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2006/epg/03/EPG0000057.ok.pdf
- Fawcett, J. (2000). *Analysis and Evaluation of Contemporary Nursing Knowledge: Nursing Models and Theories*. Philadelphia, PA: F.A. Davis Company.
- Ferreira, A. (2009). *A Qualidade de Vida em Idosos em Diferentes Contextos Habitacionais: A Perspectiva do Próprio e do Seu Cuidador*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Lisboa. Lisboa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/2156>
- Ferreira, O., Maciel, S., Costa, S., Silva, A., Moreira, M. (2012). Envelhecimento Ativo e sua Relação com a Independência Funcional. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*. Volume 21: nº 3 (julho/setembro). Florianópolis. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000300004>
- Ferreira, R., Cubo, S. & Carioca, V. (2017). Motivaciones, Necesidades e importancia atribuida a la formación continua en el desarrollo de habilidades profesionales del profesorado en la enseñanza de enfermería. *Revista Enseñanza & Teaching*, 35 (2). DOI: <https://doi.org/10.14201/et20173527796>
- Fonseca, A., (2006). *O envelhecimento. Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora. Disponível em: http://www.uceditora.ucp.pt/resources/Documentos/UCEditora/Indices/2007/8_O%20Envelhecimento.pdf
- Fortin, M., Côté, J. & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Freitas, L. (2017). *Reabilitação – a eficiência que faz a diferença*. Seção Regional da Região Autónoma da Madeira. Funchal. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4958/art-enf-luis-freitas-rev_elvio_artigo-reabilita%C3%A3-%C3%A3o.pdf

Fundo de População das Nações Unidas (2012). Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio. Disponível em: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf

Gonçalves, L., Silva, A. et al (2010). O idoso institucionalizado: avaliação da capacidade funcional e aptidão física. *Cadernos de Saúde Pública*. Volume 26, n.º 9. Rio de Janeiro, Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000900007>

Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, prática e investigação* (2ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar*. (M. Ferreira, Trad.). Loures: Lusociência.

Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação. Criar novos caminhos*. 2ª Ed., editora Lusociencia. Loures.

Hoeman, S. P. (2000). *Enfermagem de Reabilitação. Aplicação e Processo*. Camarate, Lusodidacta

Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. 4ª edição. Loures. Lusodidacta

Imaginário, C., (2008). *O idoso dependente em contexto familiar. Uma análise da visão da família e do cuidador principal*. 2.ª Edição, Coimbra, Formasau.

Instituto Nacional de Estatística (2017). Projeções de População Residente 2015-2080. Destaque – Informação à Comunicação Social. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquese&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2

Instituto Nacional de Estatística (2018). Índice de Dependência de Idosos. Lisboa. Pordata. Disponível em:

<https://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+depend%C3%AAncia+de+idosos-461>

- Júnior, C., Reichenheim, M. (2005). Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Caderno de Saúde Pública*. Volume 21. Janeiro/Fevereiro. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100002>
- Leal, A. (2016). Perfil Antropométrico, Aptidão Funcional e Qualidade de Vida em Adultos Idosos de Borba. Dissertação de Mestrado em Atividade Física e Desporto. Universidade da Madeira. Funchal. Disponível em: <https://repositorio.uma.pt/bitstream/10400.13/1528/1/MestradoAlexLima%20.pdf>
- Leal, F. (2001). *Enfermagem em Neurologia – Intervenções de Enfermagem no Acidente Vascular Cerebral*. Lisboa: Edição Sinais Vitais.
- Leal, M., (2001). Estudo de níveis de independência funcional dos doentes com gonartrose após artroplastia total do joelho. *Sinais Vitais N.º39*. Coimbra
- Lima, N. (2002). Autoestima e atividade Física. Contributo de um programa de atividade física na autoestima em adultos idosos do Concelho de Coimbra (Dissertação de Mestrado no ramo das Ciências do Desporto). Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade do Porto. Porto. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/10658>
- Long, A., Kneafsey, R., Ryan, J. & Berry, J. (2002). The role of the nurse within the multi-professional rehabilitation team. *Journal of Advanced Nursing*, 37 (1). Disponível em: doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02059.x
- Lucio, A., Bezerra, M., Sousa, S., Miranda, M. (2011). Características da Capacidade Funcional e a sua Relação com o IMC em Idosas Ingressantes em um Programa de Educação Física. *Revista Brasileira Ciência e Movimento* 19 (2) 13-18. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/2415/1894>
- Machado, L. (2008). Efeito do Treino de Força na Aptidão Física e Funcional dos idosos (Dissertação de Mestrado Ciências do Desporto, especialização Atividade Física para

a Terceira Idade). Universidade do Porto. Faculdade de Desporto. Porto. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/91819>

Marques-Vieira, C., Amaral, T., Pontífice-Sousa, P. (2016). Contributos para um Envelhecimento Ativo In Marques-Vieira, C. Sousa, L., *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (1ª ed., pp. 525-534) Loures. Lusodidacta

Menezes, T., Brito, M., Araújo, T., Silva, C., Nolasco, R., Fischer, M., (2013). Perfil Antropométrico dos Idosos residentes em Campina Grande – PB. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, vol. 16 n.1. pp. 19-27. Brasil. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232013000100003>

Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I. & Marques-Vieira, C. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um Envelhecer Resiliente*. Loures. Lusodidacta

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2011). Parecer n.º12 – Parecer sobre Atividades de Vida Diária. Lisboa. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer12_MCEER_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.pdf

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Áreas de Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Porto. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf

Ministério do Trabalho e Solidariedade Social (2009). *A Dependência: O Apoio Informal, a Rede de Serviços e Equipamentos e os Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa. Editorial do Ministério da Educação

Minosso, J., Amendola, F., Alvarenga, M., Oliveira, M. (2010). Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatório. *Acta Paulista Enfermagem* 23(2) 218-23. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000200011>

- Monteiro, R., (2012). Physical Activity, Physical Fitness and Degree of Dependence on BAVD's and IADL's: Comparative Study of elderly women practitioners and non practitioners. *Journal of Aging and Innovation*. Disponível em: <http://journalofagingandinnovation.org/tag/physical-fitness/>
- Moore, L., Lavoie, A., Camden, S., La Sage, N., Sampalis, J., Bergeron, E., Abdous, B. (2006) Statistical Validation of the Glasgow Coma Score. *The Journal of Trauma Injury, Infection and Critical Care*. Québec. Disponível em: DOI: 10.1097/01.ta.0000195593.60245.80
- Ordem dos Enfermeiros (2011a). Regulamento n.º 122/2011 do Perfil de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <http://www.aper.pt/Ficheiros/competencias%20comuns.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento n.º 190/2015 do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_190_2015_Regulamento_do_Perfil_de_Competicencias_Enfermeiro_Cuidados_Gerais.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos. Lisboa. Divulgar. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2004). *Incentivos e indicadores de qualidade e produtividade em enfermagem*. Suplemento Da Revista Da Ordem Dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros. (2011b). Regulamento n.º 125/2011 do Perfil de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20125_2011_CompeticenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento n.º 350/2015 dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf
- Organização Mundial da Saúde (2002). *Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing – Second World Assembly on Ageing*. Madrid. Disponível em: http://www.un.org/en/events/pastevents/pdfs/Madrid_plan.pdf
- Organização Mundial de Saúde (2005). *Envelhecimento Ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf
- Organização Mundial de Saúde (2015). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf
- Paschoal, S. (2007). Autonomia e Independência. In Netto, M. *Tratado de Gerontologia*. 2.^a Edição. São Paulo, Atheneu
- Paula, J., (2007). Avaliação Funcional In Greve, J. *Tratado de Medicina de Reabilitação*. São Paulo. Roca
- Peixoto, V., Rocha, J. (2009). *Metodologias de Intervenção em Terapia da Fala*. Edições Universidade Fernando Pessoa (1º volume). Porto. Portugal.
- Pereira, M. (2013). A Seção de Resultados de um Artigo Científico. *Epidemiologia Serv. Saúde*, 22(2):353-343, abril-junho. Brasília. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000200017>
- Petronilho, F. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra, Portugal: Formasau. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/32305>
- Preto, L., Gomes, J., Novo, A., Mendes, M., Granero-Molina, J. (2016). Efeitos de um Programa de Enfermagem de Reabilitação na Aptidão Funcional de Idosos

Institucionalizados. *Revista de Enfermagem Referência. Série IV*, nº8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15019>

Queiroz, M., Haguette, R. & Haguette, E. (2009). Achados da videoendoscopia da deglutição em adultos com disfagia orofaríngea neurogênica Findings of fiberoptic endoscopy of swallowing in adults with. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 14(4), 454-462. <http://doi.org/10.1590/S1516>

Rech, C., Cruz, J., Araújo, E., Kalinowski, F., Dellagrana, R. (2010). Associação entre Aptidão Funcional e Excesso de Peso em Mulheres Idosas. *Motricidade vol. 6 n.º 2*. Vila Real. Portugal. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2730/273019716006.pdf>

Reis, G., Bule, M. (2016). Capacitação e Atividade de Vida In Marques-Vieira, C. Sousa, L., *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (1ª ed., pp. 57-65) Loures. Lusodidacta

Ribeiro, O., Paúl, C. (2011). *Manual de envelhecimento*. Lisboa: Lidel Edições técnica, Lda,

Rikli, R., & Jones, J. (2008). *Teste de aptidão física para idosos*. São Paulo, Brasil: Manole.

Rikli, R., Jones, C. (1999). Development and Validation of a Functional Fitness Test for Community-Residing Older Adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, Volume 7. Fulltorn. Disponível em: <https://doi.org/10.1123/japa.7.2.129>

Rikli, R., Jones, C. (2013) Development and Validation of Citerion-Referenced Clinically Relevant Fitness Standards for Maintaining Physical Independence in Later Years. *Journal The Gerontologist Vol. 53, n.º 2*. Disponível em: DOI:[10.1093/geront/gns071](https://doi.org/10.1093/geront/gns071)

Roper, N., Logan, W., Tierney, A. (2001). *O Modelo de Enfermagem de Roper-Logan-Tierney baseado nas Atividades de Vida Diária*. Lisboa. Climepsi Edições

Ruivo, M., Ferrito, C., Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Percursos – Publicação da Área Disciplinar de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal*. Setúbal

- Schiefer, U., Bal-Dobel, L., Batista, A., Dôbel, R., Nogueira, J., Teixeira, P. (2006). *Método Aplicado de Planeamento e Avaliação: Manual de Planeamento e Avaliação de Projetos*. 1ª Edição. Cascais. Principia
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa. Lidel
- Serra, A. (2006). O que significa envelhecer In Firmino, H., *Psicogeriatría*. Coimbra, Editora Almedina.
- Serviço Nacional de Saúde (2017). Tropeções, Quedas e Trambolhões. Lisboa. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/12/19/tropecoes-quedas-e-trambolhoes/>
- Silva, D. & Silva, E. (2004). Ensino clínico na formação em enfermagem. *Millenium, Journal of Education, Technologies and Health*, 30, 103-119.
- Simões, JF; Alarcão, I; Costa, N. (2008). Supervisão em ensino clínico de enfermagem: a perspectiva dos enfermeiros cooperantes. *Revista Referência*, 6 (II série), 92. <http://doi.org/0874-028>
- Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (2018). O que é a Medicina Interna – Folheto. Lisboa. Disponível em: http://www.spmi.pt/dw/folhetos/o_que_e_medicina_interna.pdf
- Sousa, F. (2012). *Academia Sénior – Um Contributo para a Aptidão Funcional dos Idosos*. (Dissertação de Mestrado em Gerontologia – Especialidade em Gerontologia Social). Universidade da Madeira. Funchal. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.13/591>
- Sousa, L.; Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família: Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar.
- Teasdale, G. (2015). Glasgow Coma Scale. Disponível em: <http://www.glasgowcomascale.org/downloads/GCS-Assessment-Aid-Portuguese.pdf>

Teixeira-Samela, L., Carvalho e Silva, P., Lima, R., Augusto, A., Souza, A. & Goulart, F. (2003). Musculação e condicionamento aeróbio na performance funcional de hemiplégicos crônicos. *Revista Acta Fisiátrica volume 10 n.º 2*. Minas Gerais. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0104-7795.20030001>

Vagetti, G., Oliveira, V., Silva, M., Pacífico, A., Costa, T., Campos, W. (2017). Associação do Índice de Massa Corporal com a Aptidão Funcional de Idosas Participantes de um Programa de Atividade Física. *Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia 20 (2)*. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160160>

ANEXOS

ANEXO A – Escala de Coma de *Glasgow*

ESCALA DE COMA DE GLASGOW : Avalie da seguinte forma

GCS | EYES
at 40 | VERBAL
MOTOR

Institute of Neurological Sciences NHS Greater Glasgow and Clyde



VERIFIQUE

Fatores que interferem com a comunicação, capacidade de resposta e outras lesões



OBSERVE

A abertura ocular, o conteúdo do discurso e os movimentos dos hemisférios direito e esquerdo



ESTIMULE

Estimulação sonora: ordem em tom de voz normal ou em voz alta
Estimulação física: pressão na extremidade dos dedos, trapézio ou incisura supraorbitária



PONTUE

De acordo com a melhor resposta observada

Abertura ocular

Critério	Verificado	Classificação	Pontuação
Olhos abertos previamente à estimulação	✓	Espontânea	4
Abertura ocular após ordem em tom de voz normal ou em voz alta	✓	Ao Som	3
Abertura ocular após estimulação da extremidade dos dedos	✓	À pressão	2
Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	✓	Ausente	1
Olhos fechados devido a fator local	✓	Não testável	NT

Resposta Verbal

Critério	Verificado	Classificação	Pontuação
Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	✓	Orientada	5
Resposta não orientada mas comunicação coerente	✓	Confusa	4
Palavras isoladas inteligíveis	✓	Palavras	3
Apenas gemidos	✓	Sons	2
Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	✓	Ausente	1
Fator que interfere com a comunicação	✓	Não testável	NT

Melhor Resposta Motora

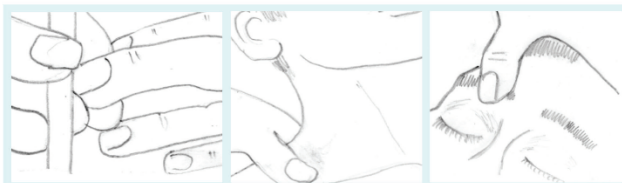
Critério	Verificado	Classificação	Pontuação
Cumprimento de ordens com 2 ações	✓	A ordens	6
Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estímulo na cabeça ou pescoço	✓	Localizadora	5
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal	✓	Flexão normal	4
Flexão do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal	✓	Flexão anormal	3
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	✓	Extensão	2
Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	✓	Ausente	1
Fator que limita resposta motora	✓	Não testável	NT

Locais para estimulação física

Pressão na extremidade dos dedos

Pinçamento do trapézio

Incisura supraorbitária



Características da resposta em flexão

Modificado com autorização a partir de Van Der Naalt
2004 Ned Tijdschr Geneesk

Flexão anormal

Lenta
Estereotipada
Aproximação do braço relativamente ao tórax
Rotação do antebraço
Cerramento do polegar
Extensão do membro inferior



Flexão normal

Rápida
Variável
Afastamento do braço relativamente ao corpo

ANEXO B – *Functional Fitness Test for Older Adults*

Appendix A

FUNCTIONAL FITNESS TEST FOR OLDER ADULTS

Following are specific directions for administering each of the test items. To ensure scoring accuracy and interpretation, strict adherence to all instructions is essential. Throughout all testing, participants should be instructed to *do the best they can on the tests but to never push themselves to a point of overexertion or beyond what they think is safe for them*. Prior to testing, participants must do a 5- to 10-min warm-up and general stretching routine.

Based on guidelines established by the ACSM (1995) and on input from medical consultants, these tests are safe for the majority of community-residing older adults without medical screening and pose risks similar to those in engaging in other forms of moderate physical activity. People who *should not* take the tests without physician approval are those who

- Have been advised by their doctors not to exercise because of a medical condition
- Are currently experiencing chest pain, dizziness, or have exertional angina (chest tightness, pressure, pain, heaviness) during exercise
- Have had congestive heart failure
- Have uncontrolled high blood pressure (greater than 160/100)

30-Second Chair Stand

Purpose. To assess lower body strength.

Equipment. Stopwatch, straight-back or folding chair (without arms), height approximately 17 in. For safety purposes, the chair should be placed against a wall or in some other way stabilized to prevent it from moving during the test.

Protocol. The test begins with the participant seated in the middle of the chair, back straight and feet flat on the floor. Arms are crossed at the wrists and held against the chest. On the signal “go” the participant rises to a full stand and then returns to a fully seated position. The participant is encouraged to complete as many full stands as possible within 30 s. After a demonstration by the tester, a practice trial of one to three repetitions should be done to check for proper form, followed by one 30-s test trial.

Scoring. The score is the total number of stands executed correctly within 30 s. If the participant is more than half-way up at the end of 30 s, it counts as a full stand.



Arm Curl

Purpose. To assess upper body strength.

Equipment. Wristwatch with second hand, straight-back or folding chair (without arms), hand weights (dumbbells—5 lb for women, 8 lb for men).

Protocol. The participant is seated on a chair, back straight and feet flat on the floor, with the dominant side of the body close to the side edge of the chair. The weight is held at the side in the dominant hand (handshake grip). The test begins with the arm down beside the chair, perpendicular to the floor. At the signal “go” the participant turns the palm up while curling the arm through a full range of motion and then returns to the fully extended position. At the down position the weight should have returned to the handshake grip position.

The examiner kneels (or sits in a chair) next to the participant on the dominant-arm side, placing his or her fingers on the person’s mid-biceps to prevent the upper arm from moving and to ensure that a full curl is made (participant’s forearm should squeeze examiner’s fingers). It is important that the participant’s upper arm remain stabilized (still) throughout the test.

The examiner may also need to position his or her other hand behind the participant’s elbow so that the participant will know when full extension has been reached, as well as to prevent a back-swinging motion of the arm.

The participant is encouraged to execute as many curls as possible within the 30-s time limit. After a demonstration by the examiner, a practice trial of one or two repetitions should be given to check for proper form, followed by one 30-s trial.

Scoring. The score is the total number of curls made correctly within 30 s. If the arm is more than halfway up at the end of the 30 s, it counts as a curl.



6-Minute Walk

Purpose. To assess aerobic endurance.

Equipment. Stopwatch, long measuring tape, cones, popsicle sticks, chalk, masking tape (or some other type of marker). For safety purposes, chairs should be positioned at several points alongside the walkway.

Set-Up. The test involves assessing the maximum distance that can be walked in 6 min along a 50-yd course marked into 5-yd segments (see Figure A1). The inside perimeter of the measured distance should be marked with cones, and the

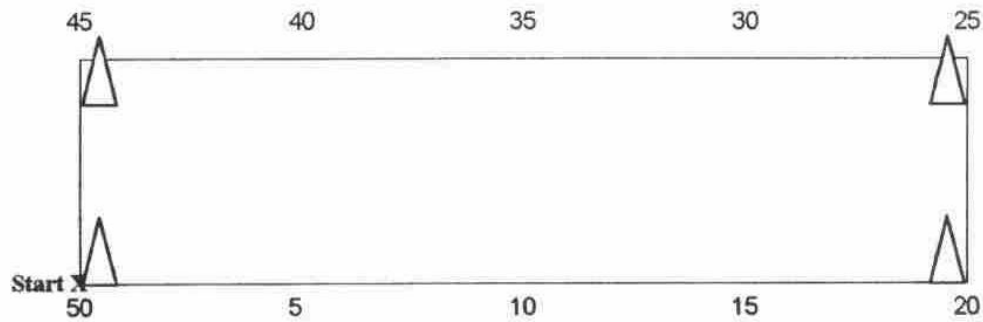


Figure A1. 50 yd measured into 5-yd segments.

5-yd segments with masking tape or chalk. The walking area, which can be indoors or outdoors, should be well lit, with a nonslippery, level surface.

Protocol. To keep track of distance walked, a popsicle stick (or similar object) can be given to the participant each time he or she rounds a cone, or a partner can mark a score card each time a lap is completed. Two or more participants should be tested at a time, with starting times staggered (10 s apart) so that participants do not walk in clusters or pairs. When testing several people at once, numbers should be placed on the participants to indicate the order of starting and stopping. On the signal “go,” participants are instructed to walk as fast as possible (not run) around the course as many times as they can in 6 min. If necessary, participants may stop and rest (on provided chairs), then resume walking. The timer should move to the inside of the marked area after everyone has started. To assist with pacing, elapsed time should be called out when participants are approximately half done, when 2 min are left, and when 1 min is left. Encouragement phrases such as “you are doing well” and “keep up the good work” should be called out at approximately 30-s intervals. At the end of 6 min, participants (staggered every 10 s) are instructed to stop and move to the right, where an assistant will record their score. To assist with proper pacing and to improve scoring accuracy, a practice test should be given prior to the actual test day.

Safety. The test should be discontinued if at any time a participant shows signs of dizziness, pain, nausea, or undue fatigue. At the end of the test each participant should *slowly* walk around for about a minute to cool down.

Scoring. The score is the total number of yards walked in 6 min, to the nearest 5 yd. The test administrator or aide records the nearest 5-yd mark.

2-Minute Step-in-Place (An Alternative to the 6-Min Walk Test)

Purpose. To assess aerobic endurance.

Equipment. Stopwatch, tape measure or 30-in. piece of cord, masking tape, mechanical counter (if possible) to ensure accurate counting of steps.

Set-Up. The proper (minimum) knee-stepping height for each participant is at a level even with the midway point between the patella (middle of the knee cap) and the iliac crest (top hip bone). This point can be determined using a tape measure or by simply stretching a piece of cord from the patella to the iliac crest, then folding

it in half to determine the midway point. To monitor correct knee height when stepping, books can be stacked on an adjacent table or a ruler can be attached to a chair or wall with masking tape to mark the proper knee height.

Protocol. On the signal “go” the participant begins stepping (not running) in place, starting with the right leg, and completes as many steps as possible within the time period. Although both knees must be raised to the correct height to be counted, the tester only counts the number of times the right knee reaches it. The counter also serves as a spotter in case of loss of balance and ensures that the participant maintains proper knee height. As soon as proper knee height can no longer be maintained, the participant is asked to stop—or to stop and rest until proper form can be regained. Stepping may be resumed if the 2-min time period has not elapsed. If necessary, the participant can place one hand on the table or chair to assist in maintaining balance.



To assist with proper pacing and to improve scoring accuracy, a practice test should be given prior to the test day. On test day, the examiner should demonstrate the procedure and allow the participants to practice briefly to recheck their understanding of the protocol.

Safety. At the end of the test the participant should slowly walk around for about a minute to cool down.

Scoring. The score is the total number of times the right knee reaches the minimum height. To assist with pacing, participants should be told when 1 min has passed and when there are 30 s to go.

Chair Sit-and-Reach

Purpose. To assess lower body (primarily hamstring) flexibility.

Equipment. Straight-back or folding chair (approximately 17-in. seat height), 18-in. ruler. For safety purposes, the chair should be placed against a wall and checked to see that it remains stable (doesn't tip forward) when the participant sits on the front edge.

Protocol. Starting in a sitting position on a chair, the participant moves forward until she or he is sitting on the front edge. The crease between the top of the leg and the buttocks should be even with the edge of the chair seat. Keeping one leg bent and *foot flat on the floor*, the other leg (the preferred leg*) is extended straight in front of the hip, with heel on floor and foot flexed (at approximately 90°; see the picture).

With the extended leg as straight as possible (but not hyperextended), the participant slowly bends forward *at the hip joint* (spine should remain as straight as possible, with head in line with spine, not tucked) sliding the hands (one on top of

*The preferred leg is defined as the one that results in the better score. Obviously, it is important to work on flexibility on both sides of the body, but for the sake of time, only the “better” side has been used in developing norms.

the other with the tips of the middle fingers even) down the extended leg in an attempt to touch the toes. The reach must be held for 2 s. If the extended knee starts to bend, ask the participant to slowly sit back until the knee is straight before scoring. Participants should be reminded to exhale as they bend forward; to avoid bouncing or rapid, forceful movements; and to never stretch to the point of pain.

After a demonstration by the tester, the participant is asked to determine the preferred leg. The participant is then given two practice (stretching) trials on that leg, followed by two test trials.

Scoring. Using an 18-in. ruler, the scorer records the number of inches a person is short of reaching the toe (minus score) or reaches beyond the toe (plus score). The middle of the toe at the end of the shoe represents a zero score. Record both test scores to the nearest 1/2 in., and circle the best score. The best score is used to evaluate performance. Be sure to indicate “minus” or “plus” on the score card.



Back Scratch

Purpose. To assess upper body (shoulder) flexibility.

Equipment. 18-in. ruler (half of a yardstick).

Protocol. In a standing position, the participant places the preferred hand* behind the same-side shoulder, palm toward back and fingers extended, reaching down the middle of the back as far as possible (elbow pointed up). The participant places the other hand behind the back, palm out, reaching up as far as possible in an attempt to touch or overlap the extended middle fingers of both hands.

Without moving the participant's hands, the tester helps to see that the middle fingers of each hand are directed toward each other. The participant is not allowed to grab his or her fingers together and pull.

After a demonstration by the tester, the participant is asked to determine the preferred hand, and is then given two practice (stretching) trials, followed by two test trials.



*The preferred hand is defined as the one that results in the better score. Although it is important to work on flexibility on both sides of the body, only the “better” side has been used in developing norms.

Scoring. The distance of overlap or distance between the tips of the middle fingers is measured to the nearest 1/2 in. A minus score (–) is given to represent a distance short of touching; a plus score (+) represents the amount of an overlap. Record both test scores and circle the best one. The best score is used to evaluate performance. Be sure to indicate “minus” or “plus” on the score card.

8-Foot Up-and-Go

Purpose. To assess agility/dynamic balance.

Equipment. Stopwatch, tape measure, cone (or similar marker), straight-back or folding chair (seat height approximately 17 in.).

Set-Up. The chair should be positioned against a wall or in some other way secured so that it does not move during testing. It should also be in a clear, unobstructed area, facing a cone marker exactly 8 ft away (measured from a point on the floor even with the front edge of the chair to the back of the marker). There should be at least 4 ft of clearance beyond the cone to allow ample turning room for the participant.

Protocol. The test begins with the participant fully seated in the chair (erect posture), hands on thighs and feet flat on the floor (one foot slightly in front of the other). On the signal “go” the participant gets up from the chair (pushing off thighs or chair is allowed), walks as quickly as possible around the cone (on either side), and returns to the chair. The participant should be told that this is a timed test and that the object is to walk as quickly as possible (without running) around the cone and back to the chair. The tester should serve as a spotter, standing midway between the chair and the cone, ready to assist the participant in case of loss of balance. For reliable scoring, the tester must start the timer on “go,” whether or not the participant has started to move, and stop the timer at the exact instant the participant sits in the chair.



After a demonstration, the participant walks through the test one time as a practice and then is given two test trials. Participants should be reminded that the timing does not stop until they are fully seated in the chair.

Scoring. The score is the time elapsed from the signal “go” until the participant returns to a seated position in the chair. Record both test scores to the nearest 1/10th s and circle the best score (lowest time). The best score is used to evaluate performance.

ANEXO C - Escala de *Barthel* – Norma n.º 054/2011 da Direção Geral da Saúde



Anexo III – Escala de Barthel e instruções

1. Alimentação	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente	<input type="checkbox"/> 0
2. Transferências	
Independente	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	<input type="checkbox"/> 0
3. Toalete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
4. Utilização do WC	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente	<input type="checkbox"/> 0
5. Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel	<input type="checkbox"/> 0
7. Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente	<input type="checkbox"/> 0
8. Vestir	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Impossível	<input type="checkbox"/> 0
9. Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	<input type="checkbox"/> 0
10. Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 0
TOTAL	

Escala de Barthel – Instruções

GERAIS

O índice deverá ser usado como um registo do que o doente faz, NÃO como um registo do que o doente poderia fazer. O principal objectivo é determinar o grau de independência sem qualquer ajuda, física ou verbal, por mínima e qualquer razão que seja.

A necessidade de supervisão implica a classificação de NÃO independente.

As performances do doente deverão ser estabelecidas segundo a melhor prova disponível. A fonte habitual será o inquérito ao doente, amigos/ familiares e enfermeiros, mas também são importantes a observação directa e o senso comum. No entanto, comprovação directa não é necessária.

Geralmente é importante a performance das últimas 24-48 horas*, mas ocasionalmente períodos mais longos serão apropriados.

Os doentes inconscientes deverão ter a cotação de “0” em todos os itens, mesmo se ainda não incontinentes.

Os níveis médios implicam que o doente faça mais de 50% do esforço.

Para ser independente, é permitido o uso de auxiliares e ajudas técnicas.

ESPECÍFICAS

Intestino (semana anterior)

Se necessita que lhe seja aplicado um clister, então “incontinente” *.

Ocasional * = uma vez por semana.

Bexiga (semana anterior)

Ocasional = menos de uma vez por dia.

O doente algaliado que consegue utilizar autonomamente a sonda, é registado como “ continente”.

Higiene Pessoal (últimas 24 – 48 horas)

Refere-se: lavar os dentes, colocar prótese dentária, pentear-se, barbear-se, lavar a cara. Os acessórios de higiene podem ser fornecidos por terceiro.

Alimentação

Capaz de comer qualquer tipo de comida (e não só comida pastosa*). Comida cozinhada e servida por outros, mas não cortada.

Ajuda = comida cortada, o doente come sozinho*.

Transferências

Da cama para a cadeira e vice-versa.

Dependente – SEM equilíbrio sentado (incapaz de se sentar): duas pessoas para o levantar.

Ajuda maior = Uma pessoa forte/ experiente, ou duas pessoas normais. Consegue levantar-se.

Ajuda menor = Uma pessoa com facilidade, OU necessita de supervisão para segurança.

Mobilidade

Refere-se à mobilidade perto da casa ou no bairro e dentro de casa. Pode usar auxiliar de marcha de qualquer tipo. Se em cadeira de rodas, tem que ser capaz de ultrapassar portas/ esquinas sem auxílio de terceiro.

Ajuda = Por uma pessoa, não treinada, incluindo apoio moral/supervisão.

Vestir

Deve ser capaz de escolher e vestir toda a roupa, que pode ser adaptada.

Ajuda = auxílio nos botões, fecho de correr, etc. (verifique!), mas consegue vestir algumas peças sozinho*

Escadas

Pode usar qualquer tipo de auxiliares de marcha para ser independente.

Banho

Geralmente, a atividade mais difícil.

Tem que entrar e sair sem supervisão e lavar-se autonomamente.

Independente no duche = “independente” se sem supervisão/sem auxílio*.

*= Itens acrescentados ou modificados após estudo: asterisco no final, todo o item acrescentado; asterisco no meio, frase acrescentada ou clarificada.



Índice de Barthel – Instruções

Intestinos

- 0- Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)
- 5- Acidente ocasional (um / semana)
- 10- Continente

Bexiga

- 0- Incontinente ou algaliado e incapaz da sua utilização
- 5- Acidente ocasional (um/ dia)
- 10- Continente (há mais de 7 dias)

Higiene Pessoal

- 0- Necessita auxílio nos cuidados pessoais
- 5- Independente: face/ cabelo/ dentes/ barba (acessórios fornecidos)

Uso da sanita

- 0- Dependente
- 5- Necessita alguma ajuda, mas pode fazer parte sozinho
- 10- Independente (instalar-se e retirar-se, vestir-se, limpar-se)

Alimentação

- 0- Incapaz
- 5- Necessita auxílio para cortar, espalhar a manteiga, etc.

Transferências

- 0- Incapaz - sem equilíbrio sentado
- 5- Ajuda maior (uma ou duas pessoas, física) – consegue sentar-se
- 10- Ajuda menor (verbal ou física)
- 15- Independente

Mobilidade

- 0- Imóvel
- 5- Independente em cadeira de rodas, incluindo esquinas, etc.
- 10- Marcha com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)
- 15- Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, p. ex. bengala)

Vestir

- 0- Dependente
- 5- Necessita ajuda, mas pode fazer cerca de metade sem ajuda
- 10- Independente (incluindo botões, fechos, atacadores, etc.)

Escadas

- 0- Incapaz
- 5- Necessita ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares)
- 10- Independente no subir e descer

Banho

- 0- Dependente
- 5- Independente (ou no duche)

TOTAL: (0 – 100)

ANEXO D - Escala de Coma de *Glasgow* – Folha de Registos

**MISTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO**



Instrumento de Recolha de Dados do Projeto de Investigação

“Programa de Enfermagem de Reabilitação para a Independência Funcional dos Idosos”

Doente n.º _____

Data: ____/____/____

Escala de Coma de Glasgow	Resposta Ocular	
	Classificação	Pontuação
	Espontânea	4
	Ao som/ voz	3
	À pressão/ dor	2
	Ausente	1
	Resposta Verbal	
	Classificação	Pontuação
	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras desconexas	3
	Sons Incompreensíveis	2
	Ausente	1
	Resposta Motora	
	Classificação	Pontuação
	Obedece a ordens	6
	Localiza a dor	5
	Flexão normal	4
	Flexão anormal	3
Extensão à dor	2	
Ausente	1	
Total		

Fonte: Adaptado de Teasdale, G. (2015). Glasgow Coma Scale. Disponível em:

<http://www.glasgowcomascale.org/downloads/GCS-Assessment-Aid-Portuguese.pdf>

Este documento de registos é parte integrante do Projeto de Intervenção Profissional no âmbito do Estágio Final do Mestrado em Enfermagem em Associação – Ramo de Especialização em Enfermagem de Reabilitação.

Os dados nele contido são inteiramente **confidenciais** e serão apenas utilizados para o fim a que se destinam, não existindo identificação do participante.

Caso o encontre, por favor contacte o Investigador, ao qual o presente documento deve ser entregue.

Obrigado.

Investigador: Luís Manuel Amador Ribeiro

ANEXO E – Escala de *Barthel* – Folha de Registos

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO



Instrumento de Recolha de Dados do Projeto de Investigação

“Programa de Enfermagem de Reabilitação para a Independência Funcional dos Idosos”

Doente n.º _____

Data: ____/____/____

Escala de Barthel

Classificação	Pontuação	Avaliação ____/____/____
ALIMENTAÇÃO		
Independente	10	
Precisa de alguma ajuda (cortar alimentos)	5	
Dependente	0	
TRANSFERÊNCIAS		
Independente	15	
Precisa de alguma ajuda	10	
Necessita da ajuda de outra pessoa, não consegue sentar-se	5	
Dependente, não tem equilíbrio sentado	0	
HIGIENE		
Independente a lavar a cara, fazer a barba, lavar os dentes	5	
Dependente, necessita de alguma ajuda	0	
UTILIZAÇÃO DO WC		
Independente	10	
Precisa de alguma ajuda	5	
Dependente	0	
BANHO		
Toma banho só (entra e sai do duche sem ajuda)	5	
Dependente, necessita de alguma ajuda	0	
MOBILIDADE		
Caminha 50m, sem ajuda ou supervisão (pode utilizar ortóteses)	15	
Caminha menos de 50m com pouca ajuda	10	
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50m, incluindo esquinas	5	
Imóvel	0	
SUBIR E DESCER ESCADAS		
Independente, com ou sem ajudas técnicas	10	
Precisa de ajuda	5	
Dependente	0	
VESTIR		

Programa de Enfermagem de Reabilitação para a Independência Funcional dos Idosos

Independente	10	
Com ajuda	5	
Impossível	0	
CONTROLO INTESTINAL		
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	10	
Acidente ocasional	5	
Incontinente ou precisa do uso de clisteres	0	
CONTROLO URINÁRIO		
Controla perfeitamente, mesmo algaliado, desde que seja capaz de manusear a algália sozinho	10	
Acidente ocasiona, máximo um vez por semana	5	
Incontinente, ou algaliado, sendo incapaz de manusear a algália sozinho	0	
TOTAL	0 - 100	

Fonte: Adaptado de : Direção Geral da Saúde. (2011). Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e Reabilitação. Norma n.º 054. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011.aspx>

Este documento de registos é parte integrante do Projeto de Intervenção Profissional no âmbito do Estágio Final do Mestrado em Enfermagem em Associação – Ramo de Especialização em Enfermagem de Reabilitação.

Os dados nele contido são inteiramente **confidenciais** e serão apenas utilizados para o fim a que se destinam, não existindo identificação do participante.

Caso o encontre, por favor contacte o Investigador, ao qual o presente documento deve ser entregue. Obrigado.

Investigador: Luís Manuel Amador Ribeiro

ANEXO F – Exercícios de Aptidão Funcional de *Rikli* e *Jones* – Folha de Registos

Instrumento de Recolha de Dados do Projeto de Investigação

“Programa de Enfermagem de Reabilitação para a Independência Funcional dos Idosos”

Doente n.º _____

Data: ____/____/____

PROTOCOLO DE TESTES DE APTIDÃO FUNCIONAL DA BATERIA DE TESTES DE RIKLI E JONES					
Exercícios	Pontuação	Avaliação Inicial			
Levantar e Sentar na Cadeira					
Avaliar a força e resistência dos membros inferiores (número de execuções em 30" sem utilização dos membros superiores)	Número total de execuções corretas num intervalo de 30".	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
Flexão do Antebraço					
Avaliar a força e resistência do membro superior (número de execuções em 30")	Número total de flexões corretas realizadas num intervalo de 30".				
Sentado e Alcançar					
Avaliar a flexibilidade dos membros inferiores (distância atingida na direção dos dedos dos pés)	Distância (cm) até aos dedos dos pés (resultado mínimo) ou distância (cm) que consegue alcançar para além dos dedos dos pés (resultado máximo) – Registrar ambos os valores: mínimo (-) e máximo (+). Utilizar o melhor valor.				
Estatura e Peso					
Avaliar o índice de massa corporal (kg/m ²)					

Programa de Enfermagem de Reabilitação para a Independência Funcional dos Idosos

Sentado, Caminhar 2,44m e Voltar a Sentar					
Avaliar a mobilidade física – velocidade, agilidade e equilíbrio dinâmico	Tempo percorrido entre o sinal de partida até ao momento em que o participante está sentado na cadeira.				
Alcançar atrás das Costas					
Avaliar a flexibilidade dos membros superiores (distância que as mãos podem atingir atrás das costas)	Distância de sobreposição, ou a distância (cm) entre os dedos médios. Distância mais curta (-), distância de sobreposição (+). Registrar as duas medidas. Utilizar o melhor valor.				
Andar 6 minutos					
Avaliar a resistência aeróbia percorrendo a maior distância em 6 minutos	Número total de metros caminhados durante os seis minutos.				

Fonte: Adaptado de Rikli, R., Jones, C. (1999). Development and Validation of a Functional Fitness Test for Community-Residing Older Adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, Volume 7. Fulletom. Disponível em: <https://doi.org/10.1123/japa.7.2.129>

Este documento de registos é parte integrante do Projeto de Intervenção Profissional no âmbito do Estágio Final do Mestrado em Enfermagem em Associação – Ramo de Especialização em Enfermagem de Reabilitação.

Os dados nele contido são inteiramente confidenciais e serão apenas utilizados para o fim a que se destinam, não existindo identificação do participante.

Caso o encontre, por favor contacte o Investigador, ao qual o presente documento deve ser entregue.

Obrigado.

Investigador: Luís Manuel Amador Ribeiro

ANEXO G – Consentimento Informado

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO, PARA PARTICIPAÇÃO EM
INVESTIGAÇÃO DE ACORDO COM A DECLARAÇÃO DE HELSÍNQUIA E A CONVENÇÃO
DE OVIEDO**

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

Título do Estudo: Programa de Enfermagem de Reabilitação para a Independência Funcional dos Idosos

Enquadramento: Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Orientador: Professor Doutor Rogério Manuel Ferrinho Ferreira – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja

Explicação do Estudo: O presente estudo pretende implementar um programa de enfermagem de reabilitação, através da Bateria de Testes Rikli & Jones, a indivíduos com dependência nas Atividades Básicas de Vida Diárias (ABVD), com duração aproximada de 20 minutos, durante o período de internamento e identificar qual(ais) a(s) Atividade(s) Básica(s) de Vida Diária com maior grau de dependência, melhor a aptidão funcional e qualidade de vida e contribuir para a independência na realização destas.

Confidencialidade e Anonimato: Os dados obtidos neste estudo serão totalmente confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o fim a que se destinam, não existindo identificação de nenhum dos participantes e garantindo o total anonimato dos mesmos. Caso o participante manifeste vontade em abandonar e não colaborar no estudo durante o período de investigação, poderá fazê-lo sem qualquer consequência.

Agradeço desde já a sua disponibilidade para a participação neste estudo, contribuindo para o desenvolvimento da área científica

Investigador: Luís Manuel Amador Ribeiro

Contactos: 934638140; amadoribeiro@sapo.pt

Assinatura:

Data

____/____/____

Declaro ter lido e compreendido o presente documento, bem como as informações verbais que me foram facultadas pelo investigador que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequência. Deste modo, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e na garantia de confidencialidade e anonimato que me é dada pelo investigador.

Assinatura

Data

____/____/____

Representante Legal (em caso de incapacidade)

Grau de relação com o participante ou tipo de representação: _____

Assinatura

Data

____/____/____

(Este documento é composto por 2 páginas e será preenchido em duplicado, sendo um exemplar para o investigador e outro será entregue ao participante ou seu representante.)

ANEXO H – Pedido de Parecer à Comissão de Ética e Conselho de Administração do
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



ES
Escola Superior de Saúde
IPortalegre



IPS
Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Pedido de Autorização para Implementação de Projeto de Investigação

Excelentíssima Senhora Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve E.P.E., Doutora Ana Paula Gonçalves

Eu, Luís Manuel Amador Ribeiro, Enfermeiro (O.E. 60420) e aluno (37065) do Curso de Mestrado em Associação em Enfermagem das Escolas Superior de Enfermagem de São João de Deus da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco e no âmbito do estágio final do Mestrado em Enfermagem – Especialidade de Enfermagem em Reabilitação encontro-me a realizar estágio no serviço de Medicina 3 do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve E.P.E.

No âmbito do estágio final solicito à Excelentíssima Senhora Presidente do Conselho de Administração, Doutora Ana Paula Gonçalves a autorização para a implementação do Projeto de Estágio com o título “Programa de Enfermagem de Reabilitação para a Independência Funcional dos Idosos”, o qual anexo ao presente documento, garantindo o bom nome da Instituição e a confidencialidade dos participantes e dados obtidos de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo.

Peço deferimento

Luís Manuel Amador Ribeiro

Faro, 3 de novembro de 2017

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Pedido de Autorização para Implementação de Projeto de Investigação

Excelentíssima Senhora Enfermeira Diretora do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, E.P.E., Enfermeira Maria Filomena Martins

Eu, Luís Manuel Amador Ribeiro, Enfermeiro (O.E. 60420) e aluno (37065) do Curso de Mestrado em Associação em Enfermagem das Escolas Superior de Enfermagem de São João de Deus da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco e no âmbito do estágio final do Mestrado em Enfermagem – Especialidade de Enfermagem em Reabilitação encontro-me a realizar estágio no serviço de Medicina 3 do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve E.P.E.

No âmbito do estágio final solicito à Excelentíssima Senhora Enfermeira Diretora, Enfermeira Maria Filomena Martins a autorização para a implementação do Projeto de Estágio com o título “Programa de Enfermagem de Reabilitação para a Independência Funcional dos Idosos”, o qual anexo ao presente documento, garantindo o bom nome da Instituição e a confidencialidade dos participantes e dados obtidos de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo.

Peço deferimento

Luís Manuel Amador Ribeiro

Faro, 3 de novembro de 2017

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Pedido de Autorização para Implementação de Projeto de Investigação

Excelentíssimo(a) Senhor(a) Presidente da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve E.P.E

Eu, Luís Manuel Amador Ribeiro, Enfermeiro (O.E. 60420) e aluno (37065) do Curso de Mestrado em Associação em Enfermagem das Escolas Superior de Enfermagem de São João de Deus da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco e no âmbito do estágio final do Mestrado em Enfermagem – Especialidade de Enfermagem em Reabilitação encontro-me a realizar estágio no serviço de Medicina 3 do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve E.P.E.

No âmbito do estágio final solicito ao (à) Excelentíssimo(a) Senhor(a) Presidente da Comissão de Ética para a Saúde autorização para a implementação do Projeto de Estágio com o título "Programa de Enfermagem de Reabilitação para a Independência Funcional dos Idosos", o qual anexo ao presente documento, garantindo o bom nome da Instituição e a confidencialidade dos participantes e dados obtidos de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo.

Peço deferimento

Luís Manuel Amador Ribeiro


Faro, 3 de novembro de 2017

ANEXO I – Parecer da Comissão de Ética do Centro Hospitalar Universitário do Algarve,
EPE

Comissão de Ética para a Saúde

Unidade de Faro

Exmo. Sr. Enf. Luis Ribeiro

 Extensão 41110/8596

Edifício Lar Aprovisionamento – 1.º B

V/ REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
		Parecer 108/17	09-11-2017

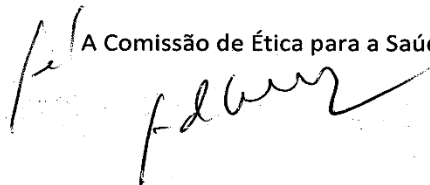
ASSUNTO: "Programa de enfermagem de Reabilitação para a independência funcional dos idosos"

Em relação ao estudo acima referido consideramos que o estudo tem interesse.

No entanto, pensamos que o modelo de Consentimento Informado deve ser alterado, nomeadamente:

- 1 – Deve existir um modelo de consentimento num impresso à parte;
- 2 – O consentimento deve ser de entendimento fácil;
- 3 – Deve estar claramente explícito que os doentes são fotografados, mas que não poderão ser identificados pelas fotos;
- 4 – Deve existir a possibilidade da autorização ser feita por um representante do doente;
- 5 – Deve haver a possibilidade do paciente verificar as suas fotos e poder desistir da participação no estudo, em qualquer modo, sem por em causa os seus cuidados de saúde.

Aguardamos deste modo o envio do novo modelo de consentimento informado.

 A Comissão de Ética para a Saúde,

Anexo J – Pedido de Parecer à Comissão de Ética – Área da Saúde e do Bem-Estar da
Universidade de Évora



Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -
Avaliação de Projectos

GD/51504/2017

Requerente

Nome: Luís Manuel Amador Ribeiro
Email: m37065@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 37065
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

Título do Projeto:

Programa de Enfermagem de Reabilitação para a Independência Funcional dos Idosos

Nome dos investigadores:

Luís Manuel Amador Ribeiro

Nível da Investigação:

Trabalho de Projeto no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, Ramo de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Responsáveis Académicos - Orientador/Investigador principal:

Professor Doutor Rogério Manuel Ferrinho Ferreira

Responsáveis Académicos - Colaboradores:

não se aplica

Resumo / Abstract:

O processo de envelhecimento provoca segundo a Organização Mundial de Saúde [OMS] (2015) um processo de alterações psicossociais e físicas irreversíveis, que podem ser mais ou menos importantes consoantes o estilo de vida, o contexto social e ambiental em que se está inserido. É um processo natural e progressivo.

Com base nos dados do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) (2012), do ano de 1950 para o ano de 2012 existiu um crescimento de pessoas com mais de 60 anos para cerca de 810 milhões, prevendo-se que cresça para mais de 1 bilião em menos de uma década e possa mesmo duplicar até 2050.

Em Portugal e de acordo dados estatísticos atualizados em março de 2017, o Instituto Nacional de Estatística [INE], prevê que o número de idosos, passe de 2,1 para 2,8 milhões de idosos, consecutivamente mais que duplicando o índice de envelhecimento, fazendo com que existam em 2080, cerca de 317 idosos por cada 100 jovens.

A saúde dos idosos é conforme diz Alencar et al (2011), influenciado por fatores físicos, psicológicos, sociais e culturais, à qual deve ser efetuada uma abordagem multidisciplinar, procurando o enfoque na qualidade de vida, mantendo, prevenindo ou reabilitando a sua saúde. A autora descreve a reabilitação como um método constante e gradual de mudança em função dos objetivos estabelecidos com o indivíduo e sua família procurando a reintegração na família, comunidade e sociedade.

Relativamente, ao processo de reabilitação da pessoa idosa, Alencar et al (2011) descreve que este processo visa a estabilização do problema principal, a prevenção de complicações, como a limitação da funcionalidade, o restabelecimento de funções perdidas que podem causar diminuição da aptidão funcional para o desempenho de atividades básicas de vida diária, a adaptação ao meio ambiente envolvente e do meio à pessoa e a promoção do ajuste familiar.

A aptidão funcional é descrita por Preto, Gomes, Novo, Mendes e Granero-Molina (2016), como fundamental para uma realização independente das atividades de vida diárias, na qual se inclui exercícios de flexibilidade, equilíbrio, força e treino aeróbico. Esta premissa foi descrita com base em Rikli e Jones (2008), que afirmava que a aptidão funcional permitia uma execução das atividades de vida diária, de forma segura, independente e sem gastos energéticos excessivos visando a funcionalidade e a qualidade de vida da pessoa. A realização de exercícios ativos e resistidos



Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -
Avaliação de Projectos

GD/51504/2017

Requerente

Nome: Luís Manuel Amador Ribeiro
Email: m37065@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 37065
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

pelos idosos permite a melhoria a melhoria da sua qualidade de vida e desempenho funcional. Uma correta avaliação da aptidão funcional permite compreender de forma eficaz a doença e as co morbilidades associadas, mas também avaliar a capacidade funcional para a realização das atividades de vida diária. A avaliação funcional faz parte dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, permitindo aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação identificar, concretizar e avaliar as necessidades, em particular nas atividades de vida diárias, de cada indivíduo.

A dependência no autocuidado e a promoção do envelhecimento ativo são áreas de intervenção prioritárias para a Enfermagem de Reabilitação, conforme parecer emitido pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros (2014).

A unidade curricular Estágio Final desenvolve-se no Centro Hospitalar e Universitário do Algarve [CHUA] – E.P.E., Unidade de Faro durante o período de 16 semanas. O CHUA assegura a prestação de cuidados a cerca de 450 mil pessoas residentes na região do Algarve e a todos os visitantes ou residentes temporários. A aquisição de competências de enfermeiro especialista e mestre em Enfermagem de Reabilitação far-se-ão no serviço de Medicina 3. Neste serviço são assegurados os cuidados de saúde a todos os indivíduos com patologia do foro médico, em particular com patologia respiratória e neurológica. Os cuidados especializados de enfermagem de reabilitação são assegurados diariamente por um dos dois enfermeiros existentes no serviço. A sua intervenção incide particularmente na identificação precoce e reabilitação de problemas pré ou pós situação de internamento.

Considerando a necessidade de implementação deste projeto em contexto de prestação de cuidados, foi solicitada autorização ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, ao Diretor de Serviço e à Enfermeira Chefe do Serviço de Medicina 3. Associadamente foi elaborado um Consentimento Informado, Livre e esclarecido, para participação na investigação, de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo.



Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -
Avaliação de Projectos

GD/51504/2017

Requerente

Nome: Luís Manuel Amador Ribeiro
Email: m37065@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 37065
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

Fundamentação e pertinência do estudo:

O presente projeto tem como domínio a independência funcional da pessoa idosa hospitalizada na realização das suas atividades básicas de vida diária, através da realização de um conjunto de exercícios de aptidão física funcional, comprovando que os mesmos contribuem para a redução do grau de dependência.

Objetivos:

Objetivo Geral

Implementar um programa de Enfermagem de Reabilitação a indivíduos com dependência nas Atividades Básicas de Vida Diárias (ABVD);

Objetivos Específicos

Identificar qual (ais) a (s) Atividade (s) Básica (s) de Vida Diária com maior grau de dependência;

Melhorar a aptidão funcional e qualidade de vida;

Contribuir para a independência na execução das Atividades Básicas de Vida Diária.

Seleção da amostra:

População-Alvo

Indivíduos com mais de 65 anos, dependentes nas Atividades Básicas de Vida Diária, hospitalizados, durante o período de implementação do projeto.

Critérios de Inclusão

Idade \geq 65 anos;

Escala de Coma de Glasgow \geq 14 pontos;

Capacidade para efetuar marcha;

Manter equilíbrio ortostático durante pelo menos 30 segundos.

Critérios de Exclusão

Instabilidade clínica e/ou hemodinâmica;

Doença neurológica e/ou psiquiátrica;

Escala de Coma de Glasgow $<$ 14 pontos



Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -
Avaliação de Projectos

GD/51504/2017

Requerente

Nome: Luís Manuel Amador Ribeiro
Email: m37065@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 37065
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

Procedimentos metodológicos:

A implementação deste projeto de intervenção pretende aplicar à população acima especificada o Protocolo dos Teste de Aptidão Física Funcional da Bateria de Testes de Rikli & Jones (1999).

À avaliação inicial do doente será aplicada a Escala de Coma de Glasgow, para avaliar o estado de consciência do doente. Serão incluídos no projeto todos os doentes que obtenham uma pontuação igual ou superior a 14 pontos.

Apresentem equilíbrio ortostático pelo menos durante 30 segundo e capacidade para efetuar marcha.

Com recurso a escala de Barthel, avaliar-se-á a dependência na realização das Atividades Básicas de Vida Diária.

Posteriormente será aplicado durante um período de 20 minutos o Protocolo de Testes de Aptidão Física Funcional da Bateria de Testes de Rikli & Jones, que contempla um conjunto de exercícios ativos e resistidos, que se pretende que contribuam para a melhoria da qualidade de vida do indivíduo e independência na realização das suas Atividades de Básicas de Vida Diárias

Instrumentos de avaliação:

Escala de Barthel;

Testes de Aptidão Física Funcional da Bateria de Testes de Rikli & Jones; Cronómetro; Cadeira; Fita Métrica; Halteres de Mão e Balança.

Serão utilizados consumíveis ou dispositivo portátil para registo dos dados obtidos

Como serão recolhidos os dados:

Os Scores, resultados e anotações serão efetuados num instrumento de registo próprio.

Como será mantida a confidencialidade nos registos:

O instrumento de registo não inclui nenhuma informação que permita a identificação das pessoas selecionadas na amostra. Cada pessoa é identificada com um número que é do conhecimento do investigador, não se encontrando disponível a terceiros. O acesso ao instrumento de registos é confidencial, estando apenas disponível ao investigador.



Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -
Avaliação de Projectos

GD/51504/2017

Requerente

Nome: Luís Manuel Amador Ribeiro
Email: m37065@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 37065
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

Estudos prévios em que se baseia esta investigação:

Alencar, Rubia A., Ciosak, Suely I., Braz, Elizabeth, Costa, Maria F. B. N.A., Nakano, Nelize G. R., Rodrigues, Juliana, Rocha, Ana C. A. L. (2011). Senescência e Senilidade: um novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 45 (2), 1763-1768
Barbosa, Bruno R., Almeida, Joyce M., Barbosa, Mirna R., Barbosa, Luiza A. R. R. (2014). Avaliação da Capacidade Funcional dos Idosos e Fatores Associados à Incapacidade. Ciência e Saúde Coletiva, 19, 3317-3325
Diogo, Maria J. D' Elboux (2000). O Papel da Enfermeira na Reabilitação do Idoso. Revista Latino-Americana Enfermagem. volume 8, 75-81
Ordem dos Enfermeiros (2015) Áreas de Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Porto: Ordem dos Enfermeiros
Preto, Leonel S. Romão, Gomes, Joana R. L., Novo, André M. P., Mendes, Maria E. R. (2016). Efeitos de um Programa de Enfermagem de Reabilitação na Aptidão Funcional de Idosos Institucionalizados. Revista de Enfermagem Referência. Série IV, nº 8, 55-63

Fundo de População das Nações Unidas (2012). Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio. Disponível em: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf
Instituto Nacional de Estatística (2017). Projeções de População Residente 2015-2080. Destaque – Informação à Comunicação Social. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESd_est_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2
Organização Mundial de Saúde (2015). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf

Declaração de consentimento informado utilizada no estudo:



Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -
Avaliação de Projectos

GD/51504/2017

Requerente

Nome: Luís Manuel Amador Ribeiro
Email: m37065@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 37065
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO, PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO DE ACORDO COM A DECLARAÇÃO DE HELSÍNQUIA E A CONVENÇÃO DE OVIEDO

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

Título do Estudo: Programa de Enfermagem de Reabilitação para a Independência Funcional dos Idosos

Enquadramento: Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco
Orientador: Professor Doutor Rogério Manuel Ferrinho Ferreira – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja

Explicação do Estudo: O presente estudo pretende implementar um programa de enfermagem de reabilitação, através da Bateria de Testes Rikli & Jones, a indivíduos com dependência nas Atividades Básicas de Vida Diárias (ABVD), com duração aproximada de 20 minutos, durante o período de internamento e identificar qual(ais) a(s) Atividade(s) Básica(s) de Vida Diária com maior grau de dependência, melhor a aptidão funcional e qualidade de vida e contribuir para a independência na realização destas.

Confidencialidade e Anonimato: Os dados obtidos neste estudo serão totalmente confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o fim a que se destinam, não existindo identificação de nenhum dos participantes e garantindo o total anonimato dos mesmos. Caso o participante manifeste vontade em abandonar e não colaborar no estudo durante o período de investigação, poderá fazê-lo sem qualquer consequência.

Agradeço desde já a sua disponibilidade para a participação neste estudo, contribuindo para o desenvolvimento da área científica

Investigador: Luís Manuel Amador Ribeiro
Contactos: 934638140; amadoribeiro@sapo.pt
Assinatura:

Data

_____/_____/_____
Declaro ter lido e compreendido o presente documento, bem como as informações verbais que me foram facultadas pelo investigador que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequência. Deste modo, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e na garantia de confidencialidade e anonimato que me é dada pelo investigador.

Assinatura

Data



Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -
Avaliação de Projectos

GD/51504/2017

Requerente

Nome: Luís Manuel Amador Ribeiro
Email: m37065@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 37065
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

_____ / ____ / ____

Representante Legal (em caso de incapacidade)

Grau de relação com o participante ou tipo de representação: _____

Assinatura

Data

_____ / ____ / ____

(Este documento é composto por 2 páginas e será preenchido em duplicado, sendo um exemplar para o investigador e outro será entregue ao participante ou seu representante.)

ANEXO K – Parecer da Comissão de Ética – Área da Saúde e do Bem-Estar da
Universidade de Évora



Documento	1	8	0	5	0
-----------	---	---	---	---	---

**Comissão de Ética para a Investigação Científica
nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Prof. Armando Raimundo, Prof. Doutor Fernando Capela e Prof. Doutor Luís Sebastião, deliberaram dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto "*Programa de Enfermagem de Reabilitação para a Independência Funcional dos Idosos*" do investigador **Luís Manuel Amador Ribeiro** (mestrando) e Prof. Doutor Rogério Manuel Ferrinho Ferreira (responsável académico).

Universidade de Évora, 10 de Janeiro de 2018

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)