Revista da Província Portuguesa da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus | Ano 90 | Trimestral | Gratuita

Hospitalidade

Jul-Set 2026 **N.353**



O futuro da reabilitação física

Perspetiva Especialista
António Lopes

Escutar e Auscultar
Jaume Maurell
Nicolas Flaquer

Da espiritualidade
Ir. Augusto Vieira

Índice

Jul-Set 2026 **N.353**









Editorial 03
Notícias 04
Perspetiva Especialista 10
Escutar e Auscultar 14
Voluntas, voluntatis 18
Família Hospitaleira 20
Arte e História 22
Da Espititualidade 24
Comunidade Ação 28
Inovação e Impacto 30
Jhovens com H 33
SJD Global 34
Tema de Capa 36
Arte e Artistas 41
A vida acontece 42
Saúde e Ciência 51
Ponto e vírgula 74
Contactos 75

Hospitalidade

Ficha Técnica

Diretor
Ir. Luiz Manuel Vieira da Silva

Coordenadora
Marisa Oliveira

Conselho Editorial
Diana Chaves
João Oliveira
Luís Durães
Margarida Cordo
Sónia André

Conselho Científico
Vítor Viegas Cotovio
Presidente

Aires Gameiro
Ana Bernardo
António Leuschner
D. Manuel Clemente
Eduardo Lemos
Fernando Pinho
Isabel Galriça Neto
Isabel Sá Lucas
Isabel Varanda
João Paulo Vidal
Luís Daniel Fernandes
Luís Filipe Fernandes
Luís Sá e Melo
Manuel Freitas
Marco Esteves
Margarida G. Neto
Margarida Cordo
Maria João Monteiro
Michel Renaud
Nuno Lopes
Pacheco Palha
Paulo Braga
Pedro Varandas
Rute Alves
Susana Magalhães

Correspondentes Locais
Ana Sofia Gorgulho
André Pereira
Ir. Elvis do Rosário
Lavínia Corte
Marco Esteves
Marco Pavão
Nuno Lopes
Rita Sousa
Tânia Gil

Propriedade
Província Portuguesa da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus
Contribuinte n.º 500 224 269

Edição e Sede de Redação
Instituto S. João de Deus
Rua São Tomás de Aquino, 20
1600 – 871 Lisboa
Tel.: 217 213 300
E-mail: comunicacao@isjd.pt
Contribuinte n.º 500 927 731

Redação
Marisa Oliveira

Revisão de Textos
Daniela Costa

Estatuto Editorial
Instruções aos Autores
www.isjd.pt

Imagem de Capa
Sara Martins

Design Gráfico e Paginação
Typeworks – Design, Comunicação e Marketing

Impressão
Grafisol – Rua das Maçarocas, Business Center, Abrunheira, 2710-056 Sintra

Publicação Trimestral
2 750 Exemplares

Distribuição
Gratuita

Depósito legal: 86985/95
Registo E.R.C.: 104805
ISSN: 0871-0090

Versão digital no QR code

Lembrar o passado *para construir o futuro*



Ir. Luiz Manuel Vieira da Silva
Diretor

Desde a sua fundação, em 1950, o Hospital S. João de Deus sempre pautou a sua missão por um olhar holístico sobre a pessoa. Por isso, preocupou-se em criar condições para dar respostas concretas, através de soluções técnicas personalizadas e de acompanhamento clínico especializado, apoiando pessoas com limitações físicas congénitas ou adquiridas e ajudando-as a recuperar independência, conforto e qualidade de vida.

Este número da nossa revista tem como tema a reabilitação. Embora saibamos que esta possui muitas vertentes, queremos focar-nos na reabilitação física e motora, que há 76 anos constitui uma resposta integrada num plano de cuidados, articulando fisioterapia, terapia ocupacional, medicina física e enfermagem. **Só com uma boa equipa multidisciplinar se consegue responder às necessidades reais de cada pessoa e alcançar bons resultados.** Na reabilitação física e motora, contamos também com a valência de próteses, ortóteses e calçado. Graças ao empenho e à dedicação dos nossos técnicos, muitas pessoas em situação de fragilidade deram aqui os primeiros passos e iniciaram um novo caminho.

Os meus 27 anos de presença no Hospital de S. João de Deus, agora Instituto S. João de Deus – Montemor-o-Novo, deram-me a oportunidade de ver muita gente chorar de alegria, agradecimento e gratidão. A reabilitação só poderá ser bem-sucedida se for personalizada e essa sempre foi a preocupação dos técnicos que aqui, com profissionalismo e humanismo, se dedicam a quem pode beneficiar dos seus conhecimentos. Lamentavelmente, o acesso aos serviços de medicina física e reabilitação nem sempre tem sido fácil para quem deles realmente necessita. As burocracias são, muitas vezes, um bloqueio que torna a vida mais complicada e até desesperante. **Com respostas adequadas, é possível viver com mais esperança e melhor qualidade de vida.**

O futuro poderá ser mais feliz quanto mais surgirem oportunidades de melhoria assistencial, assentes numa boa avaliação de cada situação clínica e numa intervenção adequada, focada no presente e na prevenção de complicações. A reabilitação física continuará a evoluir, mas exige também a vontade e o esforço do doente. **As técnicas e os profissionais podem ser muito bons, porém, sem a colaboração do utente, não se alcançará a reabilitação desejada.** As dificuldades são muitas, mas as vontades também o são e, unidas, podem alcançar bons resultados.

Tudo indica que os técnicos deixarão cada vez mais de ser apenas executores, passando, presencialmente ou à distância, a orientar o que cada pessoa pode e deve fazer. É fácil falar de reabilitação física, mas sei como é difícil precisar dela e não conseguir reunir as condições dignas e apropriadas à situação de cada pessoa vulnerável. As necessidades são muitas e a capacidade instalada a nível nacional nem sempre chega a todos, o que não é aceitável nem tolerável.

Há muitos resignados, mas também muitos indignados perante situações de injustiça e abandono. Mais do que falar do futuro, quis realçar o que é e o que foi feito, bem como a importância da reabilitação no Hospital de S. João de Deus, que se adaptou aos novos tempos e deu sempre respostas personalizadas a todos os que recorreram a este centro assistencial.

Só conhecendo o passado e vivendo o presente podemos pensar no futuro.



Inclusão social e autodeterminação em Marselha

O II Congresso Europeu de Inclusão Social, promovido pela Hospitality Europe, reuniu em Marselha, nos dias 30 de setembro e 1 de outubro, mais de 220 participantes de 12 países europeus. Uma delegação de 15 pessoas do ISJD esteve presente neste encontro dedicado à partilha de experiências e práticas que promovem a inclusão social, a participação e a autodeterminação das pessoas em situação de vulnerabilidade.

O encontro reuniu profissionais, Irmãos, Irmãs Hospitaleiras, pessoas apoiadas pelos centros assistenciais e parceiros de diferentes países europeus, proporcionando dois dias de reflexão e partilha sobre os desafios da inclusão social e a importância de reconhecer a autonomia, as escolhas e as capacidades de cada pessoa.

Portugal apresenta experiência de inclusão através da arte

No segundo dia, dedicado a abordagens inovadoras que promovem a participação cívica e a autonomia, Portugal voltou a estar em destaque com a apresentação de Raquel Pedro, coordenadora do Estúdio de Arte do ISJD-Telhal, e Luís Raposo, utente do mesmo Centro.

Subordinada ao tema «Intervenção baseada nas artes com adultos que vivem com problemas de saúde mental: promover a participação e a autodeterminação», a intervenção apresentou a experiência desenvolvida no âmbito do projeto Eu.com.Arte – movimento e sons para o bem-estar.

A participação conjunta de uma profissional e de uma pessoa apoiada pelo ISJD-Telhal refletiu uma das principais mensagens do congresso: a importância de reconhecer as pessoas com experiência vivida como participantes ativas nos seus processos de reabilitação e inclusão, valorizando as suas capacidades, aspirações e decisões.



Uma posição europeia em defesa da participação e da autodeterminação

Um dos momentos centrais do congresso foi a apresentação, por Joan Uribe, diretor-geral da HE, de um documento de posicionamento estratégico (Position Paper) que pretende reforçar, junto das instituições europeias, a defesa dos direitos de participação e autodeterminação das pessoas apoiadas.

Ao longo dos dois dias, a diversidade de experiências apresentadas evidenciou uma preocupação comum às instituições da Família Hospitaleira Europeia: desenvolver respostas que não se limitem a prestar apoio, mas que criem condições efetivas para que cada pessoa possa participar nas decisões, exercer os seus direitos e construir o seu próprio projeto de vida.

Escola de Hospitalidade: uma cultura que se vive





Lisboa, Funchal e Telhal foram palco de três encontros dedicados à Hospitalidade, à partilha e ao fortalecimento das nossas equipas.

Ao longo deste ano, o Instituto S. João de Deus levou a Escola de Hospitalidade a três dos seus Centros – Lisboa, Funchal e Telhal – proporcionando aos colaboradores momentos de aprendizagem, reflexão e partilha em torno de um valor que está no coração da nossa identidade: a Hospitalidade.

Integrada no Plano Anual de Formação do ISJD, esta iniciativa nasceu com um propósito claro: reforçar o espírito de equipa e contribuir para uma cultura de hospitalidade que se manifeste, todos os dias, na forma como acolhemos, comunicamos, colaboramos e cuidamos uns dos outros.

Porque a Hospitalidade começa nas relações

Num contexto profissional cada vez mais exigente, a qualidade das relações interpessoais assume uma importância crescente. Saber comunicar, escutar, compreender diferentes perspetivas, gerir conflitos e trabalhar em equipa são competências fundamentais para construir ambientes de trabalho mais positivos e colaborativos.

Foi precisamente neste caminho que a Escola de Hospitalidade procurou trabalhar, através de uma abordagem dinâmica, participativa e muito próxima da realidade dos participantes. A partilha de experiências, o diálogo e a reflexão conjunta permitiram transformar situações do quotidiano em oportunidades de aprendizagem e crescimento.

De Lisboa ao Funchal, terminando no Telhal, cada edição teve a sua própria dinâmica e as suas histórias, mas todas partilharam um propósito comum: fortalecer uma forma de estar que nos identifica enquanto Instituto S. João de Deus.

Porque a Hospitalidade não acontece apenas em momentos especiais. Vive-se nos pequenos gestos, nas palavras que escolhemos, na forma como recebemos quem chega, na disponibilidade para ouvir e na forma como cuidamos de quem caminha connosco.

É feita de pessoas.

É feita de relações.

É feita de gestos.

E é, sobretudo, uma forma de viver a nossa missão.



St. John of God Fundraising Alliance

Entre os dias 7 e 8 de setembro, Lisboa acolheu a reunião da St. John of God Fundraising Alliance, que aconteceu nas instalações do ISJD, numa organização conjunta da Fundação S. João de Deus e da Província Portuguesa da OHSJD. Este encontro reuniu representantes das estruturas da Ordem dedicadas às áreas de *fundraising*, mobilização de recursos e sustentabilidade da missão, promovendo a partilha de experiências, boas práticas e desafios comuns entre diferentes países. Ao longo dos dois dias de trabalho, refletiu-se sobre temas centrais para o futuro das nossas organizações, com especial enfoque na sustentabilidade da missão, na avaliação do impacto e no desenvolvimento de parcerias estratégicas, essenciais para reforçar a nossa capacidade de resposta junto das pessoas mais vulneráveis.



Encontro From Asylums to recovery, Brescia



A 15 de setembro, Brescia acolheu o encontro internacional "From Asylums to Recovery: The Italian Model of Community Mental Health in a European Perspective". O encontro reuniu 104 participantes de 19 países, num dia dedicado à partilha de experiências e à reflexão sobre a transformação dos cuidados de saúde mental na Europa.

Promovido pelo IRCCS Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, em colaboração com a EUCOMS – *European Community Mental Health Service Providers Network*, o encontro teve como ponto de partida o percurso da reforma italiana e a evolução dos cuidados de saúde mental desde o encerramento dos hospitais psiquiátricos até ao desenvolvimento de serviços de base comunitária.

O encontro convidou os participantes a pensar sobre o que podemos aprender com este percurso e quais são os desafios que temos pela frente na construção de uma saúde mental cada vez mais comunitária, próxima e orientada para a recuperação.

Foi neste contexto que Ana Guimarães, do ISJD-Barcelos, apresentou a experiência do CuiDando – Equipa de Apoio Domiciliário, uma resposta comunitária de proximidade desenvolvida no âmbito da saúde mental.

Debate da **Lei do Voluntariado**



A Sala do Senado da Assembleia da República acolheu, no dia 15 de setembro, um encontro promovido pela Confederação Portuguesa do Voluntariado (CPV), no âmbito das comemorações do Ano Internacional dos Voluntários 2026.

A iniciativa reuniu representantes da sociedade civil, organizações de voluntariado e deputados dos vários grupos parlamentares para refletir sobre a necessidade de atualização da Lei-Quadro do Voluntariado, em vigor há mais de duas décadas.

Foi também momento de homenagem ao Professor Eugénio Fonseca, presidente da CPV, falecido no mês de agosto.

EmpowerCare

O Instituto S. João de Deus promoveu, com o apoio da Câmara Municipal de Oeiras, um encontro dedicado ao "papel do voluntariado na prestação de cuidados domiciliários", reunindo gestores de voluntariado e voluntários para refletirem sobre os desafios e oportunidades junto de pessoas em situação de vulnerabilidade, no âmbito do projeto europeu EmpowerCare.

O encontro contou com a participação de parceiros da Eslovénia e da Irlanda, reforçando a dimensão europeia do projeto EmpowerCare e o compromisso comum com a melhoria das práticas de voluntariado em instituições de cuidados.

Esta iniciativa integra a celebração do Ano Internacional dos Voluntários para o Desenvolvimento Sustentável.



Retiro de Irmãos e Colaboradores



Fátima acolheu, de 5 a 9 de outubro, o retiro espiritual anual de Irmãos da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus e colaboradores, num momento de encontro, reflexão e partilha.

Foi uma oportunidade para aprofundar a vivência da espiritualidade e do carisma da Hospitalidade, reforçando os laços entre Irmãos e colaboradores, promovendo a reflexão sobre a missão que partilham.

Profissão simples



A Ordem Hospitaleira de S. João de Deus e toda a Igreja estão em festa.

No sábado, dia 26 de setembro, na presença dos Irmãos, familiares e amigos que se reuniram para partilhar este momento de graça, o Ir. David Vieira, o Ir. Orivaldo Cruz e o Ir. Till Hagen-Pfandl fizeram a sua Primeira Profissão de Votos Simples, pronunciando o seu «sim» a Deus e iniciando uma nova etapa no caminho da sua consagração religiosa.

Confiamos o seu percurso à intercessão de São João de Deus e da Santíssima Virgem Maria, para que possam crescer, a cada dia, na fidelidade, na dedicação a Deus e no serviço aos Irmãos, através do carisma da Hospitalidade.

Seguindo o modelo do Bom Samaritano e o exemplo de São João de Deus, que continuem a colocar a sua vida ao serviço dos mais frágeis e necessitados, fazendo do acolhimento, da misericórdia e da caridade um modo de vida.

Que o Senhor acompanhe e abençoe o seu caminho, para que o seu «sim» se renove todos os dias, através da entrega de si mesmos aos outros.

em agenda

16 outubro
Canonização
de S. João de Deus

19-23 outubro
Assembleia
de Superiores
Provinciais, Roma

22-23 outubro
I Congresso Ibérico
de Cuidados
Paliativos em Saúde
Mental S. João
de Deus

24-25 de outubro
Abertura
das celebrações
do centenário do
nascimento do Servo
de Deus, Pe. Bento
Nogueira

25 outubro
Dia dos Mártires
Hospitaleiros

26 outubro
Servo de Deus
Pe. Bento Manuel
Nogueira

30 outubro
Assembleia
Hospitality Europe

14 novembro
Solenidade de
N. S. do Patrocínio

18-19 novembro
Encontro
Internacional
do Voluntariado

21 novembro
Venerável
Ir. Fortunatus
Thanhauser

28 novembro
Transladação
das Relíquias
de S. João de Deus

3 dezembro
Dia Internacional
das Pessoas com
Deficiência

5 dezembro
Dia Internacional
do Voluntariado

8 dezembro
Dia da Imaculada
Conceição

25 dezembro
Natal



Instituto S. João de Deus

22–23 OUT · 2026

I CONGRESSO IBÉRICO

Cuidados Paliativos em Saúde Mental S. João de Deus

"Morte Interna Digna Acompanhada e Serena" (MIDAS)



22 E 23 OUTUBRO 2026

Fórum S. Bento Menni
do ISJD - Barcelos

Inscrições e programa:

INSCRIÇÃO · 15 €
(ESTUDANTES 5 €)



António Lopes

A modalidade deve adaptar-se à pessoa, nunca o contrário

Entrevista: **Marisa Oliveira**

Bastonário da Ordem dos Fisioterapeutas

Estamos a preparar a reabilitação física para o futuro ou continuamos a responder a necessidades do passado?

Ainda respondemos demasiadas vezes tarde, de forma episódica e concentrados na reparação depois da perda. Preparar o futuro implica reconhecer que a Fisioterapia tem como objeto próprio o movimento e a funcionalidade humana, na relação entre a pessoa, a sua condição de saúde e o contexto em que vive. **A intervenção deve começar quando existe risco modificável, e não apenas quando a incapacidade já está instalada, e ser orientada pelas necessidades funcionais, objetivos da pessoa e potencial de benefício.** Isso exige investir em prevenção, literacia, deteção precoce, acompanhamento de condições crónicas e continuidade de cuidados. O sucesso não deve medir-se pelo número de sessões realizadas, mas pelos ganhos em saúde: mais capacidade, participação e autonomia, menor dor e incapacidade evitável e menor utilização futura de cuidados.

Para aceder à Fisioterapia no SNS, é preciso passar por consulta no centro de saúde e depois por consulta de Medicina Física e Reabilitação, cuja espera mediana ronda os quatro meses e poderá chegar a um ano em alguns hospitais. O que se perde clinicamente nesse intervalo? E faz sentido manter esta dupla porta de entrada?

Nesse intervalo, perde-se tempo terapêutico, função, confiança e muitas vezes reversibilidade. Uma situação aguda pode tornar-se crónica; a inatividade pode agravar descondicionamento, dependência e absentismo; e a pessoa pode

acabar por recorrer mais vezes a urgências, exames ou medicação. Uma dupla porta obrigatória não faz sentido quando não acrescenta valor clínico. O acesso deve depender da necessidade e do risco, com triagem adequada e referenciação direta ao profissional competente. Importa ainda distinguir Fisioterapia de Reabilitação: nem todos os utentes que necessitam de Fisioterapia são doentes de Reabilitação. **A Fisioterapia intervém ao longo de todo o percurso de saúde, incluindo promoção da saúde, prevenção, cuidados agudos, gestão de condições crónicas, reparação e recuperação funcional.** Por isso, a articulação deve realizar-se com todas as especialidades médicas e cirúrgicas relevantes para a situação da pessoa, e não apenas com a Medicina Física e de Reabilitação. O fisioterapeuta tem autonomia para avaliar, formular um diagnóstico em Fisioterapia, estimar prognóstico funcional, intervir e referenciar para outros profissionais quando identifica sinais que exigem outra resposta. Cada etapa deve acrescentar valor, não adiar o cuidado.

Num país envelhecido, a Reabilitação continuará a ser sobretudo recuperar o que se perdeu ou impedir que a capacidade funcional se perca? O sistema está preparado para essa inversão de lógica?

Importa distinguir, com rigor, prevenção e intervenção precoce da Reabilitação. Reabilitar é já intervir quando existe perda, limitação funcional ou incapacidade instalada que se pretende reduzir, compensar ou superar. Impedir que a capacidade funcional se perca situa-se antes, na promoção da saúde, prevenção e intervenção precoce, embora também faça parte do campo de atuação da Fisioterapia. A mudança exige fisioterapeutas próximos das comunidades, monitorização funcional regular, intervenção nos domicílios e articulação com cuidados primários, hospitais, municípios e respostas sociais. Os ganhos devem medir-se na capacidade preservada antes da perda e, quando a Reabilitação é necessária, em função recuperada, maior autonomia, menor dependência e melhor qualidade de vida.

A Ordem propõe unidades de Fisioterapia dentro do SNS. Como seria, na prática, uma unidade dessas e o que mudaria concretamente para as pessoas?

Uma unidade de Fisioterapia seria uma estrutura assistencial com liderança clínica própria, integrada no SNS e articulada em rede, mas não limitada à execução de prescrições. Receberia pessoas por referenciação clínica adequada, incluindo acesso direto nos contextos definidos. Faria triagem, avaliação e diagnóstico em Fisioterapia, estratificação de risco, definição partilhada de objetivos, intervenção, monitorização de resultados e referenciação a outros profissionais quando necessário. Poderia atuar nos cuidados primários, hospitalares, domiciliários e comunitários, garantindo continuidade. **Este modelo não retiraria nem diminuiria a participação dos fisioterapeutas nas equipas de Reabilitação, nem os cingiria apenas a essas equipas.** Sempre que a pessoa necessitasse de assistência de Reabilitação, a unidade disponibilizaria os fisioterapeutas necessários para integrarem essas equipas, em articulação com os restantes profissionais. Para as pessoas, mudaria sobretudo o tempo até ao cuidado certo, a coordenação do percurso e a responsabilização por resultados. As unidades autónomas de Fisioterapia, com registo próprio na ERS e distintas das de Medicina Física e Reabilitação, já estão regulamentadas tanto para os setores privado como público.

São cerca de 15 mil fisioterapeutas em Portugal, mas só 1.500 no SNS e cerca de 150 nos cuidados primários. Todos os anos saem mais de mil das escolas. Existe falta de profissionais ou falta de postos de trabalho? O que é preciso para o SNS os atrair e reter?

Portugal não parece ter apenas um problema de número absoluto de fisioterapeutas; tem sobretudo um problema cultural de distribuição, planeamento e criação de capacidade assistencial onde ela é necessária. A lei já reconhece a autonomia do fisioterapeuta, mas essa evolução ainda não se re-



fletiu plenamente na organização dos serviços. Formamos profissionais, mas o SNS não estrutura lugares, carreiras e modelos de trabalho compatíveis com o contributo que podem oferecer. **Para atrair e reter, é necessário dimensionar equipas pelas necessidades funcionais da população, criar uma carreira valorizada e condições de progressão, tempo para raciocínio clínico, formação e investigação.** O posto de trabalho deve estar associado a uma missão e a ganhos em saúde, não apenas à execução de sessões.

A tabela de convenções de MFR ficou de fora da atualização de abril e o setor convencionado fala em asfixia financeira. Ao mesmo tempo, pagamos por sessão realizada, não por resultado. Qual dos dois problemas é mais urgente: o preço ou o próprio modelo de pagamento? Que peso tem hoje o pagamento direto pelas famílias no acesso à Reabilitação?

Os dois problemas são urgentes, mas atuam em planos diferentes. Sem preços sustentáveis, a rede perde capacidade no imediato; sem reformar o pagamento, continuaremos a remunerar volume sem garantir valor. É necessário atualizar a tabela e alterar o modelo, assegurando uma transição responsável para um financiamento que considere complexidade, objetivos, qualidade, continuidade e resultados reportados pela pessoa. Uma convenção de Medicina Física e de Reabilitação não esgota, nem deve condicionar, o acesso aos cuidados de Fisioterapia. Confinar esse acesso à convenção de MFR pode excluir utentes cuja necessidade de Fisioterapia emerge noutros níveis assistenciais. Apenas para permitir o acesso, inventiva a classificação artificial de casos como Reabilitação. O pagamento direto pelas famílias adia cuidados, reduz a adesão e seleciona o acesso pela capacidade económica, transformando uma necessidade de saúde numa desigualdade evitável. O preço deve ser revisto, mas as convenções também não podem continuar subordinadas a uma cultura médico-cêntrica e deve contemplar-se a possibilidade de convenções diretas com fisioterapeutas e unidades de Fisioterapia.

A Ordem afirmou que a IA não pode ser comunicada como substituto da Fisioterapia. Passados alguns meses, já conhece os termos concretos de implementação do modelo de telereabilitação no SNS, critérios de elegibilidade, avaliação inicial, papel do fisioterapeuta? As respostas satisfazem?

A formulação da pergunta exige um esclarecimento: associa a inteligência artificial ao modelo de telereabilitação, quando a IA não se esgota na telereabilitação nem na telefisioterapia. Pode apoiar a análise de dados e a decisão clínica, em cuidados presenciais ou à distância. A telefisioterapia é uma modalidade de prestação de cuidados de Fisioterapia à distância; a IA é uma ferramenta que pode ou não estar presente nessa modalidade. Em qualquer contexto, a IA não presta Fisioterapia nem substitui o fisioterapeuta. Pode apoiar algumas etapas, mas as suas propostas devem ser interpretadas e validadas pelo fisioterapeuta à luz da situação concreta, dos objetivos da pessoa e dos riscos envolvidos. Conhecer os termos de implementação exige saber não apenas como será organizada a componente à distância, mas também para que finalidades a IA será usada, com que dados, limites, validação clínica, supervisão humana, critérios de inclusão e exclusão, consentimento informado, proteção de dados, mecanismos de escalada e avaliação de resultados e eventos adversos. Sem esta informação clara, auditável e independente da narrativa tecnológica, não é

possível considerar as respostas satisfatórias.
A autonomia e a responsabilidade pertencem ao profissional de saúde, a IA será sempre uma ferramenta.

Que critérios clínicos devem definir quem pode ser acompanhado à distância e quem necessita de cuidados presenciais?

A telefisioterapia deve ser entendida como uma modalidade de prestação dos mesmos cuidados de Fisioterapia, integrada num modelo híbrido, e não como um modelo assistencial autónomo. Mantém-se a natureza clínica, os objetivos e as exigências profissionais; o que muda é a forma de prestação. A opção pela modalidade à distância não pode depender apenas do diagnóstico. Deve considerar o risco, a estabilidade clínica, a complexidade, a capacidade cognitiva e comunicacional, a literacia digital, o ambiente, os equipamentos disponíveis, a necessidade de exame físico, a resposta ao cuidado e a preferência informada da pessoa. **A presença é indispensável quando há sinais de alarme, incerteza diagnóstica relevante, risco de queda ou agravamento, necessidade de avaliação presencial, elevada complexidade ou incapacidade de utilizar a tecnologia com segurança.** A modalidade deve adaptar-se à pessoa, ao objetivo clínico e ao momento do percurso de cuidados; nunca o contrário.

Há aqui uma coincidência incómoda: o SNS tem poucos fisioterapeutas próprios e recorre a uma solução tecnológica convencionada, ainda que prescrita por médico. Corre-se o risco de a inovação resolver o acesso sem resolver a autonomia da profissão e de agravar desigualdades para quem tem menos literacia digital ou vive mais longe?

Esse risco existe quando a inovação é usada para contornar insuficiências estruturais, em vez de as corrigir. Melhorar o acesso por via digital pode ser útil, mas não substitui a necessidade de reforço das equipas, de reconhecer a autonomia clínica do fisioterapeuta e a organização de percursos centrados na pessoa. Importa distinguir prescrição de informação clínica. A prescrição determina previamente uma intervenção; a informação clínica comunica dados relevantes sobre a situação da pessoa, favorece a segurança, a continuidade e a articulação entre profissionais, sem substituir a avaliação, o diagnóstico e a decisão clínica do fisioterapeuta.

As consultas médicas devem realizar-se sempre que sejam clinicamente necessárias e acrescentem valor, não como uma etapa administrativa obrigatória. Se o sistema mantiver uma prescrição médica obrigatória para iniciar um processo que é avaliado e gerido pelo fisioterapeuta, apenas se digitaliza a dependência. A inovação só representa ganho se aumentar o acesso efetivo, a segurança, a continuidade e os resultados para todos. Deve existir uma alternativa presencial, apoio à inclusão digital e monitorização das desigualdades.

Quando um algoritmo propõe um plano e algo corre mal, de quem é a responsabilidade clínica?

A responsabilidade clínica não pode ser transferida para um algoritmo. Deve ser claramente distribuída entre quem concebe e valida a tecnologia, quem a contrata e implementa, e o profissional que decide utilizá-la num caso concreto. Ao fisioterapeuta cabe avaliar se a recomendação é clinicamente adequada, compreensível e segura, podendo recusá-la ou adaptá-la. À organização cabe garantir governação, qualidade dos dados, transparência, vigilância e resposta a incidentes. Ao fornecedor cabem a segurança, o desempenho e os limites declarados do sistema. Uma decisão com consequências para a pessoa exige supervisão humana identificável, rastreabilidade e possibilidade de recurso.

Se nada mudar, qual será o maior problema da Reabilitação em Portugal daqui a dez anos?

Se nada mudar, o maior problema será a acumulação de incapacidade e a insuficiência de respostas de Reabilitação para as pessoas que já apresentam perda funcional. Teremos pessoas a viver mais anos, mas com menor mobilidade, autonomia e participação, enquanto o sistema continuará a chegar tarde e a pagar atividade sem conhecer o benefício produzido. **Aumentará a dependência, os custos sociais, o absentismo, a institucionalização e as desigualdades.**
A mudança inevitável é organizar a Reabilitação, enquanto resposta terciária, de forma integrada, atempada, centrada nos objetivos da pessoa e orientada por valor, articulando-a com a promoção da saúde, a prevenção e os cuidados precoces, sem confundir estes níveis. A Fisioterapia terá de assumir mais plenamente a sua autonomia, responsabilidade e demonstração de resultados; o sistema terá de abrir o acesso adequado, integrar dados e financiar ganhos em saúde.



Reabilitar para a autonomia

Entrevista: **Marisa Oliveira**

Dr. Nicolas Flaquer Terrasa, Diretor Clínico
Jaume Morell Elias, Diretor-Geral

A reabilitação é uma das áreas que mais claramente define a identidade do Hospital San Joan de Déu Palma-Inca. Como foi construído este posicionamento e o que significa ser um centro de referência nesta área?

Jaume Morell: Em Espanha, as competências em saúde estão transferidas para as comunidades autónomas, pelo que cada uma gere o seu sistema de saúde. Nas Ilhas Baleares, em 2013, foi criada uma rede de hospitais públicos que integra hospitais da administração pública e hospitais privados sem fins lucrativos que dedicam 100% dos seus recursos à atividade pública.

Integramos esta rede através de um convénio específico e, desde então, procura responder às necessidades identificadas pelo Serviço de Saúde das Ilhas Baleares. Nós, em Sant Joan de Déu somos uma referência em reabilitação para toda a ilha de Maiorca.

Em casos específicos de neurorreabilitação, por exemplo depois de um acidente vascular cerebral ou de uma lesão medular, as pessoas são encaminhadas para Sant Joan de Déu depois do internamento da fase aguda nos hospitais de referência. Este processo levou-nos a investir na especialização, o que se traduz, também, na contratação de profissionais especialistas e altamente preparados para a neurorreabilitação, no investimento em equipamento e na adaptação das infraestruturas às necessidades destas pessoas.

Assim conseguimos dar resposta às necessidades do Serviço de Saúde das Baleares e posicionar-nos como referência.

O Hospital trabalha com realidades muito diferentes. Que visão de reabilitação une todas estas áreas?

JM: A reabilitação é um serviço transversal e multidisciplinar. Dá suporte a diferentes processos: geriatria, traumatologia, cuidados paliativos e, naturalmente, neurorreabilitação.

Nicolas Flaquer Terrasa: Temos várias áreas de reabilitação, mas aquilo que mais nos caracteriza enquanto centro de referência é a neurorreabilitação.

Temos programas específicos para pessoas com dano ce-

rebral adquirido e lesão medular, tanto em regime de internamento como ambulatório e comunitário. Somos, também, referência na reabilitação de pessoas amputadas, incluindo a reabilitação, protetização e acompanhamento posterior.
Um dos aspetos mais importantes para nós é precisamente a continuidade assistencial. A pessoa pode começar por estar hospitalizada, depois continuar a ser acompanhada em ambulatório ou no domicílio e, posteriormente, fazer a transição para a comunidade e para a sua dimensão social.

Onde consideram que está hoje a principal diferença do vosso modelo?

JM: Temos dois elementos. Por um lado, temos a especialização e a dedicação de recursos humanos e materiais. Por outro lado, temos o modelo, os valores e a forma de fazer de São João de Deus: o acompanhamento, o acolhimento e a forma como cuidamos das pessoas.
Tratamos das pessoas como gostaríamos de ser tratados e formamos a equipa de forma que compreenda esses valores. Temos a vantagem de fazer uma gestão privada de um serviço público e de podermos constituir as nossas próprias equipas. Conseguirmos fazê-lo e esse é um elemento diferenciador.
É uma diferença que muitos doentes e familiares reconhecem quando chegam aqui. Dizem-nos: "Aqui respira-se outra coisa. Aqui tratam-nos de maneira diferente."

Como tem evoluído este modelo de intervenção?

NFT: Tudo isto tem evoluído não apenas graças aos meios humanos que temos, mas igualmente através do desenvolvimento tecnológico. Temos uma piscina com plataforma elevatória, robôs, exoesqueletos de membro superior e inferior, dispositivos para diferentes terapias e, mais recentemente, incorporámos a neuromodulação, que inclui técnicas específicas, como a estimulação magnética transcraniana e a estimulação elétrica transcraniana.
Temos ainda um simulador de condução, integrado num programa a que chamamos NeuroDrive, que nos permite avaliar as capacidades para conduzir de pessoas com dano cerebral e também trabalhar a sua reabilitação.
Toda esta elevada especialização tem de ser acompanhada por formação. Investimos muita formação nos profissionais. E a base de tudo isto é o trabalho em equipa. Quando abordamos patologias e situações tão complexas, não estamos a falar apenas do médico mas de toda a equipa. Todos participam, incluindo o profissional de serviço social, que é também muito importante.

Esta especialização foi sendo construída ao longo do tempo. Como se prepara uma organização para atingir este nível de diferenciação?

NFT: Resulta de um plano estratégico, onde definimos que queríamos ser excelentes numa determinada àrea, sobretudo na reabilitação. Isso implica proporcionar formação específica, procurar pessoas capacitadas para liderar e criar uma equipa que trabalhe continuamente na melhoria deste modelo.
Há cerca de dez anos criámos um grupo que reunia profissionais de diferentes áreas como a Medicina, Enfermagem, Terapia Ocupacional, Terapia da Fala, entre outras e desenvolvemos um plano de formação específico e uma forma comum de trabalhar.
É muito importante que todos caminhem na mesma direção. Não basta termos excelentes profissionais individualmente. Também investimos muito nos espaços. Procurámos que os ginásios tivessem luz natural, contacto com o exterior e condições capazes de estimular as pessoas durante a reabilitação.
Temos, por exemplo, um pequeno apartamento onde o utente pode praticar a vida que terá no domicílio. Existe uma cama, uma casa de banho, um lavatório com espelho e uma pequena cozinha funcional.
A pessoa pode vestir-se, calçar os sapatos, utilizar a casa de banho ou preparar alguma coisa na cozinha. A recuperação de uma função só faz sentido se depois conseguirmos transferi-la para aquilo que a pessoa precisa de fazer no quotidiano.

Quando falamos de sucesso em reabilitação, é suficiente medir números ou devemos avaliar sobretudo autonomia e qualidade de vida?

NFT: Para nós, medir é fundamental porque, se não medirmos, não sabemos se conseguimos ou não atingir determinado resultado.Utilizamos escalas à entrada que nos dizem qual é a situação da pessoa, como o Barthel ou a

FIM, por exemplo, para além de muitas outras escalas específicas.
Quando uma pessoa chega, toda a equipa faz uma avaliação e cada profissional avalia a sua área. Tudo tem de ser medido: se a pessoa consegue caminhar, se não consegue, qual o grau de dependência. Quando reunimos toda essa informação, a equipa encontra-se e estabelece prioridades. Uma pessoa pode ter uma determinada limitação física, mas pode existir naquele momento uma prioridade social que é mais urgente e que temos de abordar imediatamente.
As prioridades vão sendo revistas nas reuniões interdisciplinares e as escalas são repetidas periodicamente para acompanhar a evolução. Quando começamos a prever a alta, procuramos que a pessoa tenha atingido o máximo de ganho funcional possível.
E, quando recebe alta, há outro objetivo muito importante: que não perca aquilo que conseguiu. Por isso continuamos a acompanhá-la, seja em ambulatório, seja no domicílio. Ao longo dos anos percebemos que, quando algumas pessoas tinham alta de todo o processo, muitas acabavam por perder capacidades posteriormente. Isso obrigou-nos a pensar noutras respostas.

O trabalho de reabilitação envolve muitos profissionais. Como se consegue construir, na prática, um plano verdadeiramente individualizado?

NFT: Dizer que trabalhamos em equipa é fácil. Na prática, é mais complexo.
Estamos perante situações muito exigentes. Uma pessoa com lesão medular ou lesão cerebral chega muitas vezes com uma enorme carga de sofrimento. A família também sofre. Por isso, não podemos abordar apenas a dimensão física, e a intervenção é integral, tendo em conta as dimensões sociais e emocionais.
Temos psicólogos e neuropsicólogos nas equipas, profissionais de serviço social e diferentes áreas clínicas e terapêuticas.

Como garantem que todos os profissionais trabalham para os mesmos objetivos?

NFT: Temos reuniões interdisciplinares regulares.
Na unidade de hospitalização de neurorreabilitação, por exemplo, cerca de 12 profissionais reúnem-se semanalmente durante aproximadamente duas horas. Revemos os casos, a evolução, os objetivos definidos e aquilo que pode ser necessário alterar.
Os objetivos também não são impostos pela Direção. São construídos pela própria equipa a partir da experiência, das necessidades identificadas e da evolução da pessoa.

A família também faz parte desse processo?

NFT: Sem dúvida. A família participa em todo este percurso. Também temos de a ajudar a compreender aquilo que está a acontecer e prepará-la para o regresso da pessoa a casa.
Ensinamos cuidados básicos, mobilizações, situações em que devem pedir ajuda e ajudamos a identificar adaptações que poderão ser necessárias no domicílio.
Não intervimos apenas sobre a pessoa. Intervimos também com a família.

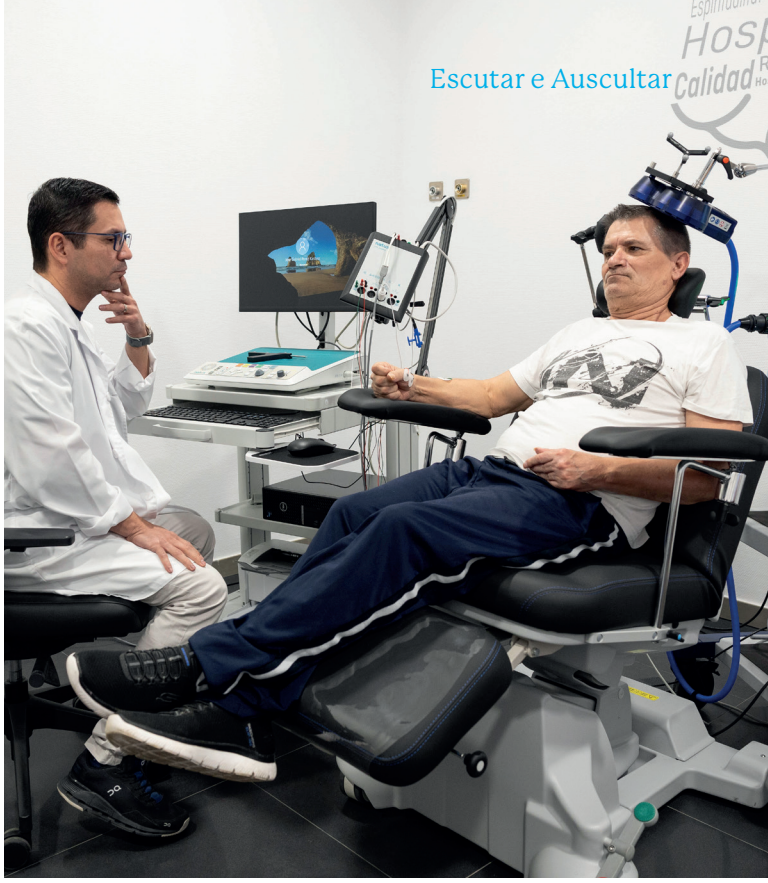
Foi da necessidade de manter os ganhos alcançados que surgiram programas dirigidos à autonomia e à participação na comunidade?

NFT: Sim. Criámos um programa de promoção da autonomia que procura mostrar à pessoa que não deve ficar em casa, porque aí pode acabar por perder funcionalidade. Queremos que continue ativa enquanto pessoa física e enquanto pessoa social, dentro da sociedade.
Temos, por exemplo, atividades de caiaque e canoagem adaptados e programas que ensinam uma pessoa em cadeira de rodas a chegar à praia e a utilizar esse espaço. Procuramos criar oportunidades para que aquilo que foi recuperado durante a reabilitação possa ser utilizado na vida real.

A alta hospitalar deixa então de representar o fim da reabilitação?

NFT: Exatamente. Na neurorreabilitação, a permanência hospitalar média ronda os três meses, embora varie muito de pessoa para pessoa. Depois, o acompanhamento ambulatório ou domiciliário pode prolongar-se, em média, durante cerca de um ano.

A reabilitação domiciliária terá, por isso,



um peso cada vez maior no futuro?

NFT: Acredito claramente que sim. A experiência da geriatria mostra-nos cada vez mais que o lugar onde a pessoa está melhor é, sempre que possível, no seu próprio domicílio.

As instituições continuarão a ser necessárias em determinadas situações, mas acredito que haverá uma mudança de paradigma. As instituições terão de sair e ir ao domicílio da pessoa e à comunidade.

A reabilitação domiciliária permite também ao terapeuta conhecer as necessidades reais daquela pessoa: como é a casa, que obstáculos existem, que adaptações são necessárias e aquilo que ela efetivamente precisa de conseguir fazer. E os resultados não são apenas funcionais. Também são muito importantes do ponto de vista emocional.

Para mim, isto é claramente o futuro.

Com tanta inovação disponível, como distinguem uma tecnologia que efetivamente melhora os resultados daquela que é apenas tecnologicamente apelativa?

NFT: Procuramos introduzir tecnologias que tenham evidência científica. Quando incorporamos determinado equipamento, precisamos de perceber se existe benefício e qual é o impacto que produz.

Há áreas em que a evidência já é significativa. Noutras ainda estamos a produzir conhecimento e a medir resultados. O objetivo não pode ser ter tecnologia apenas porque é nova.

JM: Também damos muita importância ao trabalho em rede. Antes de propor a aquisição de um robô ou de determinada tecnologia, as equipas visitam outros centros de referência, em Espanha, Alemanha ou Estados Unidos. Conhecemos aquilo que outros estão a fazer, aprendemos com a experiência deles e só depois decidimos de que forma determinada tecnologia poderá integrar o nosso modelo.

O que acredita que poderá transformar mais profundamente a reabilitação nos próximos anos?

NFT: A inteligência artificial será certamente uma das áreas que teremos de explorar. Também veremos avanços muito significativos nos dispositivos médicos, nos sistemas de comunicação e na interação com o sistema nervoso.

A evolução é tão rápida que é difícil antecipar aquilo que acontecerá. Hoje já existem experiências que há alguns anos pareceriam impossíveis, nomeadamente na lesão medular, com dispositivos capazes de ajudar pessoas a recuperar determinadas capacidades.

Vamos assistir a desenvolvimentos extraordinários, tanto ao nível tecnológico como na compreensão do sistema nervoso. Mas a base continuará a ser humana. A robótica e todos estes recursos são complementos que nos ajudam a melhorar a reabilitação.

Quando pensam no futuro da reabilitação, qual é a mudança que gostariam de ver concretizada, não ao nível da tecnologia, mas na vida das pessoas?

NFT: Uma das situações mais difíceis para qualquer pessoa é tornar-se dependente, sobretudo quando acontece inesperadamente aos 40 ou 50 anos.

O que temos de conseguir é que tenha a máxima autonomia possível. O melhor que podemos fazer é dar-lhe todas as ferramentas para que consiga ser o mais autónoma possível, no seu domicílio e na comunidade.

E isso não depende apenas dos hospitais. Implica também termos cidades acessíveis, eliminar barreiras e trabalhar em rede com associações e instituições da comunidade. Quando a pessoa regressa à sua vida, essas organizações são fundamentais para apoiar a sua reintegração.

A reabilitação não pode terminar no Hospital. O objetivo é que a pessoa consiga voltar a participar na sua vida com a maior independência possível.

Eugénio Fonseca, defensor da cidadania e do voluntariado

Artigo: **Susana Queiroga**
Fotografia: **CPV**



Esta página, durante vários anos e números da Revista Hospitalidade, foi ocupada por Eugénio Fonseca, falecido no dia 12 de agosto deste ano. Com ele, durante 20 anos, partilhei a construção de um projeto que representasse os voluntários de Portugal: a Confederação Portuguesa do Voluntariado (CPV).

Nessa altura, o Eugénio era presidente da Cáritas Portuguesa e da Cáritas Diocesana de Setúbal. Assumiu também a presidência da CPV a partir da sua constituição, em 2007, em representação daquelas entidades. Neste artigo, fui convidada a homenageá-lo. Faço-o não só por esta vertente de advocacia do voluntariado, como também pelo seu pensamento social cristão, que se revelou nos diferentes artigos publicados por esta revista e nos seus livros.

Pelo lado da CPV, testemunhei uma personalidade profundamente altruísta, sensível às dificuldades enfrentadas pela afirmação do voluntariado, em especial a constituição de um quadro legislativo mais atualizado e uma medição mais realista do valor económico do voluntariado, tornando evidente esta importante parcela do terceiro setor. Negociador nato, conhecia todos os atores importantes para esta negociação, independentemente da sua cor política. Acompanhava todas as organizações, fossem elas muito grandes e conhecidas, fossem pequenas estruturas associativas. Ao longo destes anos, soube olhar para a importância do associativismo popular no voluntariado e não se deixou deslumbrar por teorias ou expressões muito rebuscadas ou mais vistosas sobre o tema.

As nossas discussões eram vivas e interessantes; eram, acima de tudo, respeitadoras. **Apesar da diferença de idades, o Eugénio considerava todas as opiniões e acomodava as decisões de acordo com os nossos pareceres e ideias. Estas são características cada vez mais difíceis de encontrar nas lideranças; estas eram as características do Eugénio.**

O contributo do Eugénio para a Revista Hospitalidade, de uma forma regular, terá começado em 2011 (Ano Europeu do Voluntariado), no número 291, sobre o tema da reabilitação. **O pensamento do Eugénio foi sempre coerente com uma matriz antropológica, ética e espiritual.**

A leitura dos seus textos revela um pensamento extraordinariamente coerente, onde uma mesma matriz antropológica, ética e espiritual atravessa todas as suas crónicas. O Eugénio tinha uma visão antropológica personalista do ser humano, onde cada um é único, irrepetível, portador de uma vocação própria e de uma responsabilidade singular perante a sociedade.

O Eugénio advogava uma cultura do encontro, na qual as respostas se encontram a partir da relação e a transforma-



O pensamento do Eugénio foi sempre coerente com uma matriz antropológica, ética e espiritual

ção social acontece a partir do diálogo, do reconhecimento e do respeito mútuo. Neste sentido, valorizava a família como espaço primordial de humanização, como escola de encontro, de ternura, de abertura aos outros e de espiritualidade. **Era também o primeiro lugar do cuidado: neste sentido, o Eugénio definia o cuidar como uma arte relacional de humanização, com evidentes apontamentos inspiradores na parábola do Bom Samaritano e mesmo em S. João de Deus** (de quem dizia ter uma imagem, de Amélia Carvalheira, em lugar de destaque na sua casa). É, portanto, uma ética que ultrapassa os cuidadores profissionais e se propõe como uma cidadania cuidadora, onde o voluntariado se encaixa.

Homem de ação, o Eugénio denunciava, como obstáculo à mudança, a acomodação e o facto de as instituições tenderem a refugiar-se na segurança dos hábitos. Referia que, antes de mudar as estruturas, haveria que mudar as mentalidades. Citava, nos seus textos e também nas reuniões que tínhamos, a letra da música "Pra Não Dizer Que Não Falei das Flores", do brasileiro Geraldo Vandré: "Quem sabe faz a hora, não espera acontecer". **A espiritualidade do Eugénio incide, portanto, no social, com uma abertura para o diálogo e para a construção de sociedades mais humanas, olhando a fragilidade como uma escola humanizadora na qual a transformação acontece através de pequenas ações concretas realizadas por pessoas comuns.**

O tema da vida do Eugénio foi, em conclusão, a construção de uma sociedade mais humana através da responsabilização ética de cada pessoa perante os outros, da qual o Voluntariado é paradigma e é exemplo.

Muito além das palavras

Entrevista e Fotografia: **Marisa Oliveira**

Amália Freiria

Terapeuta da Fala
Instituto S. João de Deus – Barcelos, Areias de Vilar, Gelfa e Melgaço



Quando está a trabalhar, o que é que os utentes lhe ensinam sobre aquilo que significa verdadeiramente recuperar?

Têm-me ensinado como perceber o que é importante para eles, e não aquilo que é importante para mim enquanto terapeuta da fala. **Cada pessoa, à sua maneira, tem-me mostrado a capacidade de adaptação e de resiliência perante aquilo que surge no seu caminho.**

Quando falamos em reabilitação física, nem sempre pensamos em Terapia da Fala. Qual o papel da Terapia da Fala na reabilitação física?

A Terapia da Fala vai muito além da fala. Trabalhamos a comunicação, mas também a deglutição. Nos cuidados continuados e, mais recentemente, na saúde mental, tenho percebido como esta intervenção pode contribuir para promover funcionalidade e participação. O objetivo é não olhar apenas para aquilo que se perdeu, mas também descobrir o que ainda pode ser conquistado.

Quais são os objetivos que mais mobilizam as pessoas que acompanha?

É muito angustiante querer comunicar com um familiar ou transmitir algo a um profissional e não conseguir. **Recuperar competências de comunicação, verbal ou não verbal, pode fazer uma enorme diferença.**

E há também a questão da alimentação, que tem uma dimensão social muito forte. Nos cuidados continuados, muitas pessoas perguntam se vão voltar a poder comer determinados alimentos. É muito gratificante quando alguém pergunta: "No Natal já posso comer bacalhau?" e podermos dizer que sim. Recuperar essa possibilidade é também recuperar autonomia, prazer e participação na vida familiar.

O que diferencia o trabalho desenvolvido no Instituto?

Sobretudo, o facto de a intervenção não ficar limitada a uma sessão individual. Procuro trabalhar em contextos reais: no refeitório, nas atividades, nas interações sociais, na forma como a pessoa comunica com a família ou faz um pedido no bar. **Uma competência treinada em sessão só ganha verdadeiro sentido quando consegue ser utilizada na vida diária.** Essa visão mais global e o trabalho interdisciplinar fazem muita diferença.

Quais as principais transformações que a Terapia da Fala e a Reabilitação Física irão ter no futuro?

A tecnologia está a avançar muito e muito rápido. Tanto na comunicação como na reabilitação da disfagia, com técnicas como a eletroestimulação e outras ferramentas que começam a ganhar espaço, mas a intervenção terá de continuar a ser individualizada e integrada numa visão holística e transdisciplinar.

Ninguém vive dividido em compartimentos – é preciso compreender a condição clínica, física e psicológica da pessoa e trabalhar em conjunto. Quero acreditar que, no futuro, a Terapia da Fala estará cada vez mais presente nos diferentes contextos de internamento e na vida das pessoas que dela necessitam.

Testemunhos

Técnicos de Reabilitação Física



Diana Lima
ISJD-Gelfa

Na terapia ocupacional, a reabilitação não passa só pelo nível físico. Trabalhamos competências cognitivas, percetivas, sensoriais e sociais de forma a recuperar autonomia, otimizar a funcionalidade e aumentar a qualidade de vida.

A utilização de novas tecnologias é importante, mas sem nunca deixar de existir contacto físico, pois a empatia é muito importante na intervenção.



Vanderli Junior
ISJD-Carnaxide

Temos de valorizar muito as pequenas conquistas, que são grandes conquistas.

Para quem esteve acamado ou entubado, conseguir levantar-se, sentar-se ou ter equilíbrio de tronco é muito importante.

É perceber que já está um passo mais perto de voltar para casa, da sua autonomia e de voltar a fazer aquilo de que gostava.



Cátia Miranda
ISJD-Montemor-o-Novo

Nós queremos que todos os nossos utentes sejam autónomos no seu contexto, na sua participação e com a melhor funcionalidade possível.

O ideal é que uma pessoa possa ir a casa ao fim de semana, jantar ou almoçar com a família, com o mínimo de limitações.

Quando saem do internamento, voltam mais motivados e mais proativos.



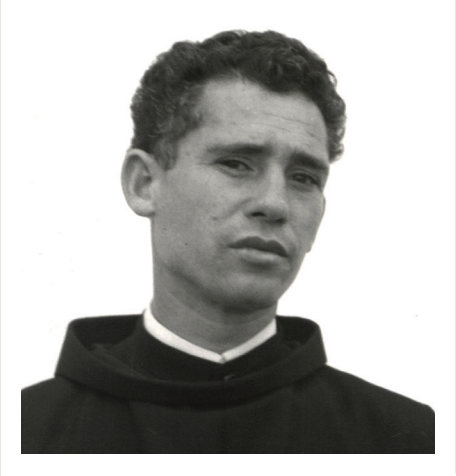
Aquisição de escultura de S. João de Deus da autoria de Maria Amélia Carvalheira

O Museu S. João de Deus adquiriu uma escultura de S. João de Deus da autoria de Maria Amélia Carvalheira. Trata-se de um estudo em gesso com 45,5 cm de altura, em que São João de Deus é representado a transportar um doente nos braços, permitindo observar o seu rosto sereno, mas também profundamente marcado pela compaixão perante o sofrimento daquele que acolhe. Está descalço, símbolo do voto de pobreza professado pelos Irmãos da Ordem Hospitaleira, juntamente com os votos de castidade, obediência e hospitalidade. Encontra-se com o hábito vestido e apresenta uma caraterística pouco comum: o uso do capuz do escapulário sobre a cabeça.

Este estudo terá servido de base à execução da imagem que se encontra na Cruz Vermelha Portuguesa, na capela do Palácio da Rocha Conde d'Óbidos, em Lisboa. Dessa obra, resultaram duas réplicas, que integram atualmente o espólio do Museu S. João de Deus. Por esta criação, Maria Amélia Carvalheira recebeu, em 1949, o Prémio de Artes Plásticas Mestre Manuel Pereira, atribuído pelo Secretariado Nacional de Informação, na categoria de escultura.

Maria Amélia Carvalheira nasceu em Gondarém, concelho de Vila Nova de Cerveira, em 1904, e foi aluna do mestre Salvador Barata Feyo. Ao longo da sua carreira, dedicou-se sobretudo à escultura sacra, realizando inúmeros trabalhos, entre os quais se destaca um baixo-relevo, de 1969, representando São João de Deus com doentes, colocado no frontispício da Igreja do Hospital Neuropsiquiátrico de S. João de Deus (1959-1977), no Infulene, Moçambique, então integrado na Província Portuguesa da OHSJD.

Hoje, a presença de Maria Amélia Carvalheira continua viva na Província Portuguesa da OHSJD. As suas esculturas encontram-se no Museu S. João de Deus – História e Psiquiatria, onde dão testemunho da devoção, da técnica e da humanidade que a artista soube aliar ao longo da sua obra.



Ir. Messias Vaz
1905-1993

Nasceu a 30.12.1932, em Alfaiates, concelho do Sabugal. Ingressou no Postulantado da Casa de Saúde do Telhal a 08.09.1949 e iniciou o Noviciado a 11.03.1950, realizando a Profissão Simples a 13.05.1951.

A 25.08.1953, foi colocado na Casa de Saúde S. Miguel, em Ponta Delgada, onde permaneceu até 18.08.1957 e onde realizou a Profissão Solene, a 08.03.1957.

Regressou ao Telhal em agosto de 1957 e, a 21.08.1958, partiu para Moçambique. Iniciava assim a sua Missão como enfermeiro hospitaleiro em África.

A 11.09.1958, integrou a Comunidade do Hospital Psiquiátrico de S. João de Deus, no Infulene. A 17.07.1961, foi enviado para a Gafaria do Alto Molócuè, Missão de S. João de Deus, em Quelimane, onde permaneceu até 03.04.1966. Regressou ao Telhal em 07.05.1966 e voltou ao Alto Molócuè a 09.11.1966, retomando o seu trabalho como enfermeiro até 26.09.1968.

Foi depois destacado para a Clínica Psiquiátrica de S. Rafael, em Nampula, permanecendo até 25.09.1972. Nesse ano, regressou ao Alto Molócuè, colaborando com o Servo de Deus Padre Bento Manuel Nogueira. A 05.02.1975, voltou a Nampula e ali ficou até 11.01.1991.

Por motivos de saúde, regressou definitivamente à Europa após 32 anos de missão hospitaleira em Moçambique, onde foi enfermeiro, formador de jovens e, nos últimos triénios em Nampula, Superior da Comunidade. Chegou ao Telhal a 14.01.1991 e, em outubro, partiu para Granada (Espanha).

A 24.06.1992, foi transferido para a Casa de Saúde S. João de Deus, em Barcelos, como Mestre de Formação no Noviciado. A 16.09.1995, regressou a Espanha para integrar a Equipa Formativa do Noviciado Interprovincial, em Palência.

Concluído este período, foi destacado a 02.09.1998 para a Comunidade de Ponta Delgada até 02.09.2004, sendo depois transferido para a Residência S. João de Deus, em Fátima.

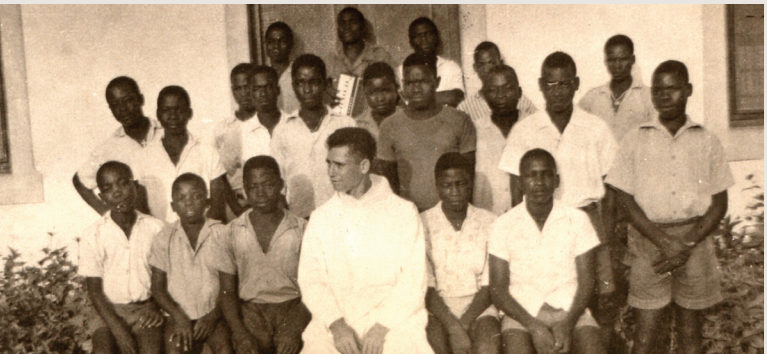
A 28.11.2006, partiu para a Casa de Saúde S. José, em Areias de Vilar, na qual permaneceu até 29.06.2008, regressando nesse ano a Fátima.

A 31.05.2021, integrou a Comunidade do Hospital de Montemor-o-Novo, onde viveu até ao seu falecimento.

Ao longo da sua vida, destacou-se como um homem simples, de fé profunda, enfermeiro dedicado e inteiramente entregue aos outros. O seu testemunho de Hospitalidade marcou todos os que com ele conviveram, deixando um legado exemplar como Irmão de S. João de Deus.

Faleceu a 16.05.2026, em Montemor-o-Novo, com 93 anos de idade e 75 anos de Profissão Religiosa.









Ir. Augusto Vieira

50 anos depois, **o mesmo *sim***

Artigo: **Marisa Oliveira**

Em cinquenta anos podemos mudar muitas vezes. Sente que ainda é o mesmo Irmão que fez a profissão religiosa há cinco décadas?

A minha a resposta é "sim". Acho que, como pessoa, mudei pouco. O Augusto animado e sonhador dos primeiros tempos continua vivo, e o fazedor, o criativo, o crente, o teólogo, o distraído, o meio ingénuo, também. Os ossos, os músculos e os neurónios é que já se ressentem e parecem dizer-me: calma aí, mais devagar, já tens 69 anos.

Recorda-se do momento em que percebeu que a Vida Religiosa Hospitaleira poderia ser o seu caminho? O que o levou a dizer "sim" a este chamamento?

Lembro, mas não foi um momento. Foi um processo. Pode parecer incrível, mas desde que cheguei à Escola Apostólica São João de Deus no Telhal, com 11 anos de idade, não me lembro de sentir qualquer resistência ou divergência sobre a beleza da vocação que a Ordem me apresentava, sobretudo através do Diretor, Pe. Bento Nogueira – futuro santo – coadjuvado pelos prefeitos. Eles abriam uma autoestrada na minha frente e eu acelerava dentro das regras. Até as frequentes desistências de colegas me ajudavam a conduzir melhor, tanto nos estudos como na caminhada vocacional. Aos 14 anos, a decisão estava amadurecida e aos 15, quando já nos deixavam visitar e servir os doentes, estava confirmadíssima. Claro que valia o que valia, considerando a idade, mas nunca houve recuo ou hesitação concetual posterior. Acho que a puberdade um pouco tardia me ajudou nesse ponto, quando

me comparo com outros. Nem a necessidade de ir, aos 16 anos, sozinho, frequentar a escola pública, em Queluz, abalou a minha convicção. Aos 17 anos, fiz uma carta bonita e colorida para o Diretor, afirmando o meu "Sim" ao Postulantado, fundamentado com cinco razões, que nem me eram pedidas. Conservo essa carta, que mais tarde, casualmente, me veio parar às mãos, e irei publicá-la na minha autobiografia. Ainda com 17 anos, segui para o Noviciado de 15 meses em Areias de Vilar e nove de estágio, na Comunidade do Telhal, estes vividos entre os doentes e os números, na contabilidade provincial.

Lembra-se do dia em que fez a Profissão Religiosa? E do que sentiu?

Sim. Naquele 24 de outubro de 1976 e dias seguintes, o sentimento mais forte, em mim, era de confirmação e aprovação. Dizia para mim mesmo coisas do género: "fizeste bem, Augusto, afinal a vida é curta, uma passagem pelo mundo e o mais acertado é mesmo entregá-la a Deus... e melhor ainda servindo quem precisa". Com essa data, no meu diário escrevi um texto que termina assim: "A minha vida não se vende, não se aluga, não se empresta... dá-se".



O que significava, para o jovem Augusto Vieira, fazer a Profissão Religiosa? E o que significa hoje, 50 anos depois, renovar interiormente esse compromisso?

O que significava está na carta em que pedia a admissão ao Postulantado: "corresponder a um convite de Deus para o servir nos Irmãos, numa vida que nos dispõe de tal modo que não seremos surpreendidos quando Deus nos chamar". Às vésperas da Profissão, significava abraçar um projeto de vida diferente do comum, implicando renúncias significativas, mas "escolhendo a melhor parte". Hoje, renovo o compromisso com a alegria de ter dado certo, apesar das minhas insuficiências. Como canta o Pe. Zezinho, que escutei milhares de vezes e cuja produção proponho para património imaterial da Humanidade: "O meu Senhor e eu temos um trato especial, o meu Senhor cuida de mim e eu cuido das coisas do meu Senhor", e das pessoas, acrescento eu.

Ao longo destes 50 anos, houve momentos em que teve de redescobrir a sua vocação?

Fui destinado a várias e distintas missões, mas a vivência da vocação propriamente dita foi quase uma linha reta. Reta e ligeiramente ascendente, se considerarmos o amadurecimento dos anos e o acumulado das experiências vividas. Já o entusiasmo acho que diminuiu. Quanto às atividades, inicialmente não imaginava trabalhar com jovens, mas dediquei-lhes quase 25 anos de trabalho criativo, incluindo os Campos de Férias (desde 1978) e a Juventude Hospitaleira (desde 1988). E quase sempre acumulando com outros trabalhos e até cargos administrativos e canónicos nas Obras e Comunidades. O ativismo faz parte dos meus atributos e defeitos e, nos anos noventa, levou-me até a experimentar alguns meses de depressão.

Quando pensa nas pessoas que encontrou ao longo da missão, existe alguém, um momento ou uma Comunidade que o tenha marcado de forma especial?

Na infância foi a minha mãe, Inácia; na adolescência foi o Pe. Bento Nogueira, Diretor da Escola Apostólica; na Juventude foi o redentorista Pe. Santos Calmeiro Matias, profes-



sor de Teologia deslumbrante; na idade adulta em Portugal foi a Hospitaleira Ir. Laurinda Faria, por conta da amizade e da JH, e a Sra. Marieta Jannes, missionária benfeitora universal; na idade adulta no Brasil foi a Sra. Josefa Queiroz, voluntária a toda a prova, na Casa da Hospitalidade; e na idade Sénior, nos Açores, o Ir. Joaquim Ramos, Superior de Comunidade quase completo.

A sua família apoiou-o?

A minha mãe entendeu a minha escolha desde o início como vocação, o meu pai talvez mais como oportunidade e os meus irmãos não se preocuparam em ver partir o irmão. Passava na terra as férias do verão, Natal e Páscoa e aprendia mais com eles do que eles comigo. Depois de professar, ia lá em férias e também lá passava frequentemente na ida ou volta de atividades juvenis. E eles também algumas vezes me visitavam, inclusivamente alguns foram ao Brasil. Acho que todos têm orgulho no "irmão Irmão" e eu também tenho neles todos, cunhadas e sobrinhos.

A Hospitalidade é sinónimo de cuidado. O que é que aprendeu com aqueles a quem cuidou?

Devo reconhecer que o meu forte, na vida hospitaleira, não tem sido o cuidado direto aos doentes, embora em vários períodos os servisse à mesa e até chegasse a distribuir-lhes a medicação, por exemplo. Para os utentes das Casas onde vivi, tentei ser sobretudo um amigo e pessoa próxima, às vezes surpreendendo pela positiva. Através dos cargos de administração e direção, também acho que dei contributos importantes aos utentes, aprimorando instalações, melhorando equipas e humanizando cuidados. Com aqueles a quem cuidei, aprendi sobretudo que o mundo ainda não é como Deus quer, mas pode ser melhor. E que eu sou um privilegiado, por servir e por poder servir.

Ao longo de cinco décadas, a Igreja mudou, a sociedade mudou, a forma de cuidar mudou. Alguma destas mudanças foi particularmente difícil de aceitar? Existe alguma que tenha considerado essencial?

Na Igreja, tenho a sensação de ir concetualmente adiantado e só me surpreendo quando aparecem posicionamentos ultrapassados. Foi essencial a abertura aos leigos, o Movimento Bíblico e o Papa passar a viajar e a dialogar mais com o mundo. Quanto à sociedade, os cidadãos consciencializaram-se dos seus direitos, mas não precisavam de reduzir tanto a natalidade nem de afastar-se tanto fisicamente da Igreja ou de concentrar-se tanto nas cidades. Quanto à forma de cuidar, olhe que não mudou muito, não, embora se tenha tornado mais técnica e o Estado tenha assumido mais responsabilidades.

Há coisas que, com o passar dos anos, ganharam importância e outras que a perderam? O que se tornou verdadeiramente essencial para si?

Há coisas das quais não posso prescindir na vida religiosa: a oração, a transparência de vida, o sentido de pertença à Ordem e o desapego de bens.

A Hospitalidade é o valor central da Ordem. Depois de uma vida inteira dedicada a esta missão, como definiria hoje a Hospitalidade?

Mantenho a definição de que a Hospitalidade é acolher a pessoa com toda a sua história e disponibilizar-se para ajudá-la nos próximos capítulos.

Da sua experiência, onde é mais difícil viver a Hospitalidade: junto de quem sofre ou nas relações quotidianas entre aqueles que cuidam?

Quem é vocacionado para a Hospitalidade, aproveita todos os ambientes e oportunidades para passar da teoria à prática.

O silêncio, a dúvida ou o cansaço também fazem parte de uma vocação longa. O que faz quando se sente mais frágil?

Espero que passe e não costuma demorar muito tempo para passar.



A vida como Irmão de S. João de Deus corresponde, de algum modo, àquela que imaginava quando começou?

Globalmente sim. Talvez não estivesse bem consciente de que um dia também envelheceria, mas cá estou para viver a idade sénior com a alegria, a colaboração e o empenho evangelizador possíveis.

Há alguma coisa que ainda hoje o incomode, o provoque ou o obrigue a não se acomodar na forma como vive a sua missão?

Se me tivesse perguntado há meio ano, diria que sim, mas depois saiu-me a sorte grande: vi aprovada a minha proposta de há anos para instalar um Ponto de Hospitalidade. A cidade escolhida foi Rio Maior, na diocese de Santarém, onde a Ordem ainda não tinha chegado. Num futuro próximo, esperamos atrair outros voluntários e benfeitores, para ampliar a nossa missão aqui: apoiar pessoas nos seus problemas e nos seus sonhos.

O que considera que a Ordem Hospitaleira não pode perder, mesmo num tempo em que mudam os modelos de cuidado, as tecnologias e as próprias vocações?

Não pode perder o ímpeto evangelizador pela Hospitalidade. A referência histórica de São João de Deus também não pode perder nem perder-se.

Quando olha para os Irmãos mais novos e para os colaboradores que hoje dão continuidade à missão, o que gostaria que eles compreendessem sem terem de esperar 50 anos para aprender?

Essa pergunta é mais difícil do que parece. Gostaria que estudassem o que Deus anda a fazer por aí com as pessoas, as famílias e a sociedade e que depois se disponibilizassem para ajudá-Lo.

Se estes 50 anos não fossem celebrados com datas ou números, mas apenas através de uma memória, qual gostaria de destacar?

Destacaria duas memórias: a conceção, criação e desenvolvimento da Juventude Hospitaleira, em parceira com a Ir. Laurinda e também a implantação da Casa da Hospitalidade, em 2007, na empobrecida cidade brasileira de Aparecida do Taboado, fazendo chegar ali a Hospitalidade joandeína, a partir do zero.
A história da capela de S. João de Deus, em 1998, na minha aldeia (Casal da Estortiga), também não se conta sem a minha pessoa e fixou ali o nosso Santo.

O que diria hoje a um jovem que estivesse a questionar-se sobre a possibilidade de seguir uma vocação religiosa hospitaleira?

Vem e vê. Depois conversaremos. Também lhe diria que a Hospitalidade, como a caridade ou o amor, não acaba nunca. E que o próprio Deus é Amor e Comunidade. Se o achasse interessado, poderia ainda explicar-lhe que só há uma coisa que vale a pena acumular na terra, porque também vale no céu: chama-se amor.

Depois de 50 anos de profissão religiosa, ainda há sonhos ou desejos que gostaria de ver concretizados na Ordem Hospitaleira e na missão de S. João de Deus?

Pessoalmente, estou bem a implantar o Ponto de Hospitalidade. Quanto à Ordem Hospitaleira, gostaria de a ver mais jovem nas pessoas, mais leve nas estruturas e mais evangelizadora na missão. Talvez então pudesse expandir ainda mais a Hospitalidade.

Se tivesse de resumir estes 50 anos numa palavra, numa frase ou numa oração, qual escolheria e porquê?

Ó Senhor, como estou grato
Pelos primeiros cinquenta!
Renovemos o contrato,
Pois sem ti ninguém aguenta!



E depois do diagnóstico? *O futuro da reabilitação em saúde mental*

Artigo: **Daniela Costa | Fundação S. João de Deus**

Durante muito tempo, falar de reabilitação em saúde mental significava, sobretudo, falar de recuperação de competências e de redução do impacto da doença. Hoje, sabemos que recuperar não é apenas controlar sintomas ou retomar determinadas capacidades. **É também recuperar autonomia, relações, projetos, papéis sociais e a possibilidade de construir uma vida com sentido.**

Esta mudança de olhar coloca a pessoa no centro do processo. Significa reconhecer que cada percurso é único e que a experiência de doença mental não define quem somos nem determina aquilo que podemos alcançar. Significa, igualmente, passar de respostas centradas exclusivamente na doença para respostas orientadas para a recuperação, a participação e a inclusão.

É neste caminho que se insere a experiência da Fundação S. João de Deus. Dirigido a pessoas com experiência de doença mental, o projecto MIND UP procura complementar as respostas existentes através de um acompanhamento centrado nas necessidades, interesses, motivações e objetivos de cada participante. O acompanhamento psicológico articula-se com atividades significativas, desenvolvimento de competências, formação, participação e oportunidades de contacto com a comunidade.

Mais do que perguntar "qual é o problema?", uma abordagem de recuperação procura também perguntar: "O que é importante para esta pessoa?"; "Que objetivos gostaria de alcançar?"; "Que recursos e competências já possui?"; "Que condições podemos criar para que participe mais plenamente na sua comunidade?".

Esta perspetiva tem uma consequência importante: a reabilitação deixa de ser algo que fazemos à pessoa e passa a ser um processo que construímos com a pessoa. A experiência vivida ganha valor enquanto conhecimento e a pessoa deixa de ser apenas destinatária da intervenção para assumir um papel ativo nas decisões sobre o seu próprio percurso.

Mas o futuro da saúde mental não passa apenas pela transformação das respostas presenciais. Passa também pela forma como produzimos, partilhamos e democratizamos conhecimento. **A plataforma SOM360 constitui também um exemplo desta transformação. Ao disponibilizar informação sobre saúde mental de forma acessível e baseada em conhecimento científico,** contribui para aumentar a literacia em saúde mental, facilitar o reconhecimento precoce de sinais de sofrimento e promover uma compreensão mais informada das perturbações mentais. Pode ainda ajudar a aproximar profissionais, pessoas com experiência de doença mental, famílias e a comunidade.

O digital, contudo, não deverá substituir a relação humana. O desafio estará em utilizá-lo como complemento: para in-



formar, prevenir, aproximar, capacitar e criar novas oportunidades de acesso, sem esquecer que a recuperação acontece também através de relações, vínculos, participação e pertença.

Olhando para o futuro, são vários os desafios que se colocam. Precisamos de reforçar a prevenção e a intervenção precoce, sobretudo junto das crianças e jovens; melhorar a articulação entre saúde, educação, emprego e respostas sociais; apoiar de forma mais consistente famílias e cuidadores; criar mais oportunidades de inclusão profissional e comunitária; e garantir que as pessoas com experiência de doença mental participam efetivamente na construção das respostas que lhes são dirigidas.

Teremos também de responder a novos desafios associados à transformação digital, à inteligência artificial, à desinformação e às novas formas de sofrimento psicológico. Será necessário encontrar um equilíbrio entre inovação e proteção, entre acesso à informação e qualidade dessa informação, entre tecnologia e relação humana. **Outro desafio fundamental será avaliar melhor o impacto da reabilitação.** Não basta saber quantas pessoas foram acompanhadas ou quantas atividades foram realizadas. É importante perceber se as pessoas se sentem mais autónomas, mais ligadas à comunidade, mais capazes de concretizar os seus objetivos e mais satisfeitas com a sua vida.

O futuro da reabilitação em saúde mental não será, por isso, definido apenas por novas técnicas ou tecnologias. Será definido pela nossa capacidade de colocar verdadeiramente a pessoa no centro, reconhecer o valor da experiência vivida, construir respostas em comunidade e criar oportunidades reais para que cada pessoa possa escolher, participar e construir uma vida com sentido.

A experiência do MIND UP mostra que esta mudança já está em curso. **A SOM360 demonstra como o conhecimento e as ferramentas digitais podem ampliar o seu alcance. O próximo passo será ligar estas experiências a uma rede cada vez mais integrada de saúde, comunidade, educação, emprego, família e participação social.**

Porque reabilitar em saúde mental não deve significar apenas ajudar alguém a viver melhor com uma condição de saúde. Deve significar criar condições para que possa viver uma vida que reconheça como sua.





Sensing Future: o equilíbrio tem uma nova linguagem

Artigo: **Marisa Oliveira**

A Sensing Future nasceu há 15 anos de uma necessidade identificada durante o processo de reabilitação de pessoas que sofreram um acidente vascular cerebral (AVC). **O desafio era encontrar uma forma de iniciar o treino do equilíbrio ainda na posição de sentado, permitindo que pessoas com dificuldades de mobilidade participassem mais cedo no seu processo de reabilitação.** A resposta surgiu da aproximação entre a engenharia, a tecnologia e a prática clínica, dando origem ao PhysioSensing, um dispositivo médico que continua a ser o principal produto da empresa.

"O nosso objetivo era ajudar a medir e ajudar tanto o terapeuta como o paciente durante o processo de reabilitação física", explica Luís Ferreira, um dos fundadores da Sensing Future, que, juntamente com Pedro Mendes, recorda o percurso da empresa e partilha a sua visão sobre o futuro da reabilitação.

A primeira solução combinava uma plataforma de equilíbrio com uma cadeira instrumentada, ambas equipadas com sensores capazes de medir a distribuição do peso corporal. A informação era apresentada num ecrã, permitindo que o profissional de saúde e a pessoa em reabilitação acompanhassem, em tempo real, os movimentos e as transferências de carga.

"**A pessoa conseguia perceber por ela própria aquilo que estava a acontecer. Um comentário que ouvíamos era: '*É isso que o terapeuta me queria explicar*'**", recordam.

A tecnologia trouxe outra possibilidade: quantificar aquilo que antes era sobretudo observado.

Transformar medições em decisões clínicas

Atualmente, o PhysioSensing é utilizado na avaliação e no treino do equilíbrio, incluindo aplicações na reabilitação física e vestibular. Através de uma plataforma de sensores e de software específico, permite realizar avaliações padronizadas, acompanhar a evolução e desenvolver exercícios terapêuticos com biofeedback visual. "**Quando existe informação, existe poder. Quando temos dados objetivos, conseguimos interpretá-los e perceber de que forma podem influenciar as nossas decisões e as escolhas das melhores abordagens de reabilitação**", explicam.

A possibilidade de comparar resultados em diferentes momentos constitui uma das principais mais-valias da tecnologia. "O profissional consegue comparar dados entre o início, o meio e o final do processo. Consegue perceber se a evolução está a corresponder ao esperado e, se não estiver, tentar compreender porquê."

Numa área em que os sistemas digitais disponibilizam quantidades crescentes de informação, reconhecem que o desafio já não consiste apenas em medir mais. Por isso, a empresa procura tornar os seus relatórios progressivamente mais simples, rápidos e úteis. "O que procuramos, versão após versão, é apresentar relatórios rápidos e simples de entender."

A inteligência artificial poderá representar um passo adicional neste caminho, permitindo interpretar conjuntos de dados e apresentar sugestões fundamentadas na evi-

dência científica. Fazem, contudo, questão de sublinhar que a tecnologia não substitui o conhecimento clínico. "O PhysioSensing surge como uma ferramenta para a prática clínica. Não é um equipamento para ser utilizado sozinho. É uma ferramenta para o profissional de saúde usar com o seu utente, seja na avaliação, seja no treino."

O equilíbrio como indicador de saúde

Uma das áreas em que a Sensing Future identifica maior potencial é a avaliação do equilíbrio enquanto indicador do estado de saúde e do risco de queda.

O equilíbrio depende da integração de diferentes sistemas do organismo, nomeadamente da visão, do sistema vestibular e das respostas musculares e propriocetivas. Alterações nestes mecanismos podem comprometer a estabilidade e a mobilidade, sobretudo com o envelhecimento ou perante determinadas condições clínicas. "O equilíbrio pode ser visto como um biomarcador. **A qualidade do nosso equilíbrio diz muito sobre o nosso estado de saúde, especialmente quando começamos a atravessar idades em que surgem sinais de algum declínio natural**", explicam.

A tecnologia permite aplicar protocolos de avaliação em diferentes condições. A pessoa pode, por exemplo, permanecer de pé com os olhos abertos ou fechados, numa superfície estável ou sobre uma almofada que introduz instabilidade.

"O que estamos a fazer é pôr à prova diferentes condições sensoriais. Conseguimos perceber a oscilação que acontece em cada uma delas e identificar qual dos sistemas poderá estar mais comprometido."

Alguns destes protocolos permitem obter informação em menos de cinco minutos. Os resultados não constituem, por si só, um diagnóstico, mas fornecem elementos que o profissional poderá integrar na avaliação clínica.

A aplicação à população mais idosa é um exemplo concreto. "O risco de queda é algo que preocupa. Não é por medir o equilíbrio que resolvemos o problema, mas, ao medir, conseguimos avaliar a situação e podemos perguntar: queremos melhorar, então o que vamos fazer?"

É precisamente nesta capacidade de apoiar a decisão clínica que a Sensing Future encontra parte do valor da sua tecnologia.

Nem todas as funcionalidades que hoje assumem maior relevância no PhysioSensing foram inicialmente consideradas prioritárias. A gamificação da reabilitação é um dos exemplos que os fundadores destacam. "No início, a gamificação era praticamente secundária para nós. O que importava era a avaliação, os protocolos detalhados e os dados. Os jogos eram quase um extra."





A perspetiva começou a mudar quando a empresa passou a receber fotografias e testemunhos de clientes e distribuidores de vários países. "**Estavam sempre a mostrar o mesmo jogo. Até que houve um dia em que nos sentámos e dissemos: este jogo é muito importante.** Vamos olhar para ele de outra maneira."

O desenvolvimento passou então a integrar novos desafios terapêuticos, com o apoio de uma fisioterapeuta especialista em equilíbrio e tendo por referência a literatura científica. Hoje, a plataforma inclui jogos que conjugam tarefas físicas e cognitivas, permitindo trabalhar diferentes capacidades durante a sessão.

"Percebemos claramente que a gamificação é muito importante. Motiva mais o paciente a fazer o exercício. Ao início, a pessoa percebe que está num ambiente clínico, mas, segundos depois, o objetivo passa a ser chegar a determinada posição ou cumprir determinado desafio."

Os exercícios podem ser adaptados às necessidades terapêuticas. "Enquanto o paciente vê apenas um jogo, o profissional de saúde vê muito mais por trás: a forma como a pessoa reage, o tempo de reação e o seu empenho."

Inovar é resolver problemas reais

Num setor marcado pelo aparecimento constante de novas tecnologias, a Sensing Future defende uma distinção clara entre novidade e inovação.

"Inovação, para nós, é quando resolvemos efetivamente um problema. Existe um problema, existe uma solução, essa solução é aplicada, utilizada e reconhecida. É isso que consideramos inovação."

A experiência acumulada ao longo de 15 anos ensinou a equipa a avaliar com maior exigência aquilo que desenvolvem. Logo, o contacto com os profissionais de saúde ocupa um lugar central no processo de desenvolvimento. "Quando, em conversas separadas, diferentes instituições começam a falar do mesmo problema, sabemos que há ali algo a que devemos dar importância. Se o mesmo tópico aparece três ou quatro vezes, temos mesmo de olhar para ele."

O desafio é conciliar a evolução tecnológica com a continuidade dos processos clínicos. Alterações que parecem simples para quem desenvolve o equipamento podem modificar rotinas já estabelecidas pelos utilizadores.

De Portugal para mais de 50 países

Quinze anos depois da sua criação, o PhysioSensing está presente em mais de 50 países, distribuídos por todos os continentes. A internacionalização colocou a Sensing Future em contacto com sistemas de saúde, práticas clínicas e realidades económicas distintas, permitindo identificar diferenças, mas também dificuldades comuns.

"Há mercados e países muito diferentes, mas também há muitas necessidades que são iguais. Há países onde uma área é mais procurada, outros onde trabalham em conjunto e outros onde são acompanhadas por profissionais diferentes." **Uma das aprendizagens mais relevantes foi perceber que as limitações de tempo e de recursos financeiros atravessam diferentes contextos.**

O futuro da reabilitação

Questionados sobre a possibilidade de uma parte crescente da reabilitação acontecer fora das instituições de saúde, nomeadamente no domicílio, Luís Ferreira e Pedro Mendes consideram que diferentes soluções tecnológicas terão o seu lugar. "Há ferramentas que são clínicas e ferramentas que são para utilizar em casa. Todas têm o seu lugar." No caso do PhysioSensing, a opção mantém-se claramente orientada para a prática clínica, enquanto dispositivo médico utilizado com acompanhamento profissional.

A tecnologia poderá igualmente modificar a organização do trabalho dos profissionais de saúde, libertando-os de algumas tarefas e permitindo-lhes dedicar mais tempo às dimensões da intervenção que exigem conhecimento, relação e acompanhamento individualizado. "Acreditamos que a tecnologia vai retirar tarefas, mas sobretudo aquelas que são mais aborrecidas e que não têm tanto valor."

A importância do contacto humano permanece, para os fundadores, incontornável. "As pessoas continuam a precisar de ser acompanhadas. O contacto humano é muito importante durante o processo. Muitas vezes não é só medir. É o tempo que o profissional dedica a esclarecer dúvidas, a gerar confiança, a criar aquele sentimento de que alguém está a cuidar de mim. E isso é impossível de quantificar." A perspetiva é de que o futuro não passa por escolher entre o profissional e a tecnologia, mas por potenciar as capacidades de ambos.

"Imaginemos um bom profissional, com conhecimento e prática clínica, que ajuda a pessoa no plano físico, emocional e espiritual. Agora imaginemos esse profissional a utilizar uma ferramenta tecnológica de topo. Essa é a nossa visão."

A pessoa no centro de tudo

Apesar da dimensão internacional alcançada, Luís e Pedro regressam à necessidade que esteve na origem da Sensing Future quando questionados sobre o impacto que gostariam de ver na vida das pessoas.

"A nossa missão é pensar em todas as pessoas do mundo que sofrem de distúrbios do equilíbrio. É esse o motivo de existirmos."

Pessoas como nós

Artigo: **Lara Saraiva**

Em 2024, embarquei na experiência de participar inicialmente no Campo de Férias de Areias de Vilar e depois no Campo de Férias de Barcelos. Foi nestes contextos que tive a oportunidade de conhecer pessoas sempre disponíveis para ajudar, com um sorriso no rosto e sobretudo com **uma enorme capacidade de acolher e valorizar o outro independentemente das suas limitações ou patologias físicas e mentais.**

Nestas Casas, encontramos pessoas de diferentes faixas etárias e com diversas condições e patologias que, apesar das suas particularidades, são acima de tudo pessoas como nós, que necessitam de se sentir acolhidas, respeitadas e valorizadas e de saber que a sua voz é ouvida e que as suas opiniões são tidas em consideração.

Ainda existe um longo caminho a percorrer na luta contra o estigma associado à saúde mental. É neste contexto que a Juventude Hospitaleira assume um papel fundamental, ao proporcionar aos jovens experiências que lhes permitem conhecer uma realidade que muitas vezes é desconhecida ou marcada por preconceitos.

A presença dos jovens nas Casas de Saúde ganha ainda mais significado quando pensamos no processo de institucionalização e na realidade vivida por muitos dos seus residentes. Existem pessoas que passam anos sem receber a visita de um familiar, outras que já não têm família ou que, por diferentes circunstâncias da vida, acabam por se sentir sozinhas e por vezes esquecidas.

Neste contexto, a nossa presença pode fazer uma grande diferença. Um simples momento de conversa, um abraço, uma atividade partilhada ou simplesmente saber que alguém decidiu estar ali para lhes fazer companhia pode quebrar, ainda que momentaneamente, o sentimento de solidão. Mais do que levar atividades, levamos companhia, atenção e sobretudo a oportunidade de se sentirem novamente lembradas, escutadas e importantes para alguém.

Não acreditem naquilo que, por vezes, nos é transmitido pela opinião pública: que aquelas pessoas são “malucas”, que é preciso ter medo, fugir ou manter uma distância de segurança. Não é a doença nem o diagnóstico que definem quem as pessoas são. Os utentes são pessoas como nós, com histórias de vida, sentimentos, capacidades e sonhos.

A vossa presença ali pode fazer a diferença. Não tenham medo de arriscar no desconhecido porque muitas vezes, mais perigoso do que arriscar, é permanecermos no desconhecimento, presos aos nossos próprios preconceitos.



SHAPE: **recuperar movimento, preservar autonomia**

Por **Marisa Oliveira**

Regressar a casa depois de uma hospitalização nem sempre significa recuperar a autonomia. **O projeto europeu SHAPE procura acompanhar essa transição através da atividade física adaptada, do apoio profissional e de ferramentas digitais.** Uma iniciativa que reúne entidades de França, Espanha e Portugal.

A alta hospitalar assinala um momento importante no percurso de um doente, mas a recuperação pode estar ainda longe de concluída. Sobretudo nas pessoas mais velhas, o internamento pode ser acompanhado por uma perda de força, mobilidade e capacidade para realizar as atividades habituais. Regressar ao quotidiano exige, por isso, uma continuidade de cuidados que ajude a enfrentar a fragilidade e a preservar autonomia.

É neste período de transição que o SHAPE pretende intervir. Um projeto europeu que procura integrar a atividade física adaptada no percurso de cuidados após a alta. O modelo combina acompanhamento profissional, sessões online em direto e uma plataforma digital, estabelecendo uma ligação entre o hospital e a recuperação no domicílio. **A proposta é incorporar o exercício no tratamento, através de uma intervenção individualizada, ajustada à condição e às necessidades de cada pessoa.**

Cooperação e conhecimento

Cofinanciado pela União Europeia através do programa Interreg Sudoe, o SHAPE decorre entre junho de 2025 e maio de 2028 e envolve entidades de França, Espanha e Portugal, sendo liderada pela Associação Siel Bleu, através da sua estrutura do sudoeste francês. Os restantes parceiros que integram o projeto são: a Fundação Siel Bleu Espanha, a Universidade de Limoges, o Instituto S. João de Deus, a Fundação Jiménez Diaz, o polo de Gerontologia do Centro Hospitalar Universitário de Montpellier e o Instituto de Investigação Biomédica de Bellvitge.

A cooperação reúne competências da atividade física adaptada, da investigação e dos cuidados hospitalares, de forma a desenvolver um percurso que permita identificar e acompanhar precocemente a fragilidade. **O projeto prevê também formação dirigida a futuros profissionais de ciências do desporto, a elaboração de um livro branco e um plano de sustentabilidade, procurando criar condições para que o modelo possa ser adotado por outras instituições.**



Acompanhar, avaliar e ajustar

A eficácia do SHAPE será estudada através de ensaios controlados randomizados em cinco parceiros de investigação hospitalar, com uma participação prevista de 500 pessoas. Esta avaliação irá considerar indicadores de função física, qualidade de vida e estado nutricional.

O acompanhamento a cada pessoa assenta numa abordagem de cuidados por etapas, ajustada às necessidades identificadas ao longo do percurso. As avaliações permitem adequar a intensidade e a modalidade da intervenção, passando de um acompanhamento coletivo e digital para um apoio mais individualizado e intensivo, quando necessário.

Esta componente de investigação é essencial para compreender o alcance da proposta. Os benefícios que o SHAPE procura alcançar serão avaliados, produzindo conhecimento sobre a viabilidade e a eficácia clínica do modelo antes da sua adoção em maior escala.

Areias de Vilar recebe ação-piloto

A ligação ao Instituto S. João de Deus concretiza-se na participação do ISJD-Areias de Vilar, através das Unidades de Cuidados Continuados da Gelfa e Melgaço, com





posterior alargamento às Unidades de Lisboa, Carnaxide e Montemor-o-Novo, numa ação-piloto destinada a testar a transferência do SHAPE para diferentes contextos de cuidados, uma fase que irá envolver, também, a rede de saúde de Castela e Leão e a Fundação Jiménez Díaz, em Espanha. O objetivo é perceber como o percurso pode ser adaptado a instituições com características distintas, em meios públicos, privados, rurais ou urbanos. Estão previstos 50 participantes por entidade, num total de 150 pessoas.

No caso do ISJD-Areias de Vilar, o programa destaca a ligação da instituição a uma rede de parceiros comunitários. Os testes deverão contemplar a adaptação às infraestruturas, à população e às necessidades locais, bem como a integração de ferramentas digitais acessíveis. **Entre as soluções previstas estão tablets previamente configurados para facilitar a participação de pessoas com dificuldades de acesso ao ambiente digital**, uma fase que permitirá identificar os ajustes necessários à utilização do modelo noutros territórios e instituições.

Recuperar onde a vida acontece

Para os participantes, a proposta começa com a possibilidade de receber uma prescrição médica de um programa de exercício adaptado como parte da recuperação. Sendo que a atividade poderá ser realizada em casa, com orientação profissional, procurando ajudar a pessoa a recuperar força e a retomar a sua rotina.

O SHAPE coloca, assim, uma questão relevante para o futuro da reabilitação física: como garantir que o acompanhamento iniciado no hospital encontra continuidade da vida de cada pessoa? **A resposta que o projeto se propõe testar aproxima profissionais, instituições e domicílio, usando a tecnologia para apoiar essa ligação.**

Para o Instituto S. João de Deus, este percurso abre uma oportunidade de cooperação e aprendizagem: participar na construção de respostas que acompanhem a pessoa ao longo da recuperação e ajudem a transformar a autonomia num objetivo concreto dos cuidados, também depois da alta.



@Ricardo Graça

O futuro da reabilitação física

Rui Fonseca-Pinto, Diretor da Universidade de Leiria e do Oeste

Entrevista: **Marisa Oliveira**

Quando pensamos no futuro da reabilitação física, começamos normalmente pela tecnologia. Do ponto de vista de quem forma os profissionais do futuro, essa é realmente a principal transformação em curso ou há mudanças mais profundas a acontecer?

A tecnologia é, sem dúvida, uma das transformações mais visíveis que estamos a assistir na área da reabilitação física, mas creio que não é a mudança mais profunda. A tecnologia deve ser vista como um recurso ao serviço das pessoas, da qualidade dos cuidados e da tomada de decisão clínica. O verdadeiro desafio está na capacidade que os profissionais terão de integrar essas ferramentas de forma crítica, ética e baseada na evidência científica.

Paralelamente, estamos a assistir a uma mudança importante no perfil dos problemas de saúde. A população está a envelhecer, as doenças crónicas são cada vez mais prevalentes e os utentes apresentam necessidades mais complexas, exigindo abordagens integradas e centradas na pessoa. **Por isso, talvez a transformação mais significativa seja o reforço da interdisciplinaridade.** A capacidade de comunicar, colaborar e construir soluções conjuntas torna-se tão importante quanto o domínio técnico da própria profissão.

Como é que estas mudanças obrigam as Instituições de Ensino Superior (IES) a repensar a formação dos futuros profissionais da área?

Estas mudanças estão a obrigar as IES a uma reflexão profunda sobre o perfil de competências que os profissionais da reabilitação necessitarão ao longo das próximas décadas. **Estamos a assistir a uma deslocação progressiva dos cuidados para o domicílio e para a comunidade.** Isto implica que os profissionais tenham uma visão mais abrangente da saúde, compreendendo não apenas a condição clínica, mas também os contextos familiar, social e am-



biental em que cada pessoa vive. A reabilitação está cada vez mais próxima da vida real das pessoas.

Que áreas considera indispensáveis reforçar na formação em reabilitação?

De uma forma geral, **os planos de estudos têm procurado acompanhar a evolução da prática clínica, mas este é um processo contínuo, porque a inovação acontece a um ritmo cada vez mais acelerado.** Na minha perspetiva, é fundamental reforçar áreas como a literacia digital, a utilização crítica de dados em saúde, a telereabilitação e a integração de novas tecnologias. Mas tão importante quanto isso é fortalecer competências transversais, como o pensamento crítico, a comunicação, o trabalho interdisciplinar e a prática baseada na evidência.

Até que ponto a tecnologia exige novas competências logo na formação de base?

A tecnologia exige cada vez mais competências adquiridas logo na formação de base. Todos os profissionais devem compreender os princípios de funcionamento das principais ferramentas digitais, da telereabilitação, da análise de dados e dos sistemas de apoio à decisão. Mas esta transformação tem também uma outra implicação: a necessidade de criar novas ofertas formativas que combinem competências das ciências da saúde com competências tecnológicas. Na nossa Escola Superior de Saúde, por exemplo, temos já aprovada uma licenciatura inovadora em Saúde Digital (registada na área da saúde) que arrancará no próximo ano letivo e que responde precisamente a esta convergência entre saúde, tecnologia e dados.

A especialização surge depois, à medida que cada profissional aprofunda áreas específicas como a inteligência artificial, a robótica ou a realidade virtual. **O essencial é garantir uma formação de base sólida que permita compreender, avaliar e integrar a inovação tecnológica de forma crítica, segura e centrada na pessoa.**

O que considera essencial preservar, independentemente da evolução tecnológica?

Precisamente num momento em que tanto se fala de inteligência artificial e de outras formas de inteligência tecnológica, é importante recordar aquilo que continua a ser exclusivamente humano. Na reabilitação, a tecnologia pode apoiar a avaliação, a monitorização e até algumas decisões, mas não substitui a relação terapêutica. **Há competências que devem permanecer no centro da formação: a empatia, a compaixão, a capacidade de escuta, a comunicação e a compreensão da pessoa na sua dimensão biopsicossocial.**

A tecnologia continuará a evoluir, mas a verdadeira essência das profissões da saúde, e da reabilitação em particular, continuará a estar na dimensão humana do cuidado. Essa é uma competência que nenhuma máquina consegue replicar plenamente e que devemos preservar e valorizar na formação dos futuros profissionais.

Estamos perante pessoas mais informadas, que querem participar nas decisões sobre a sua saúde. Isso obriga a formar profissionais diferentes, com maior capacidade de comunicação?

Hoje, as pessoas chegam às consultas mais informadas, com mais perguntas e com uma expectativa crescente de participar nas decisões sobre a sua saúde. Isto exige profissionais com excelentes competências de comunicação, capazes de explicar, esclarecer e enquadrar criticamente a informação disponível. Mais do que transmitir conhecimento, é necessário construir decisões em conjunto com a pessoa, respeitando os seus valores, expectativas e objetivos.

A reabilitação sempre teve uma forte componente centrada na pessoa, mas esta nova realidade reforça a importância da comunicação, da decisão partilhada e da capacida-



de de adaptar a intervenção às necessidades individuais de cada utente.

Afinal, os melhores resultados alcançam-se quando o profissional e a pessoa trabalham verdadeiramente enquanto parceiros no processo de reabilitação.

Acredita que devemos continuar a formar profissionais especialistas ou deveria existir mais formação conjunta entre áreas como a fisioterapia, a terapia ocupacional, a terapia da fala, enfermagem, medicina, psicologia e outras áreas?

A reabilitação é, por natureza, uma área interdisciplinar. **Nenhum profissional responde sozinho à complexidade das necessidades, pelo que a capacidade de trabalhar em equipa é hoje uma competência essencial.** Continuo a acreditar na importância de profissionais com identidade e competências próprias nas suas áreas de especialização. No entanto, também vejo vantagens em reforçar uma formação de base mais transversal em saúde, sobretudo nos primeiros momentos do percurso formativo, seguida de processos de diferenciação e especialização progressiva. Mais do que diluir profissões, entendo que o objetivo possa ser formar futuros profissionais que conheçam melhor as competências uns dos outros, comuniquem de forma mais eficaz e desenvolvam uma verdadeira cultura de trabalho colaborativo.

O contacto com a prática clínica acontece suficientemente durante a formação? Que importância atribui aos estágios e à aprendizagem em contexto real de forma a preparar um profissional o seu futuro?

Nos cursos da área da saúde, e **particularmente nas áreas da Terapia e Reabilitação e Enfermagem, o contacto com a prática clínica é um elemento central da formação, e defendo a importância de um contacto com a prática desde cedo na formação (este é o modelo que temos na Escola de Saúde da Universidade de Leiria e Oeste).** A aprendizagem em contexto real, junto de profissionais experientes e de pessoas com necessidades concretas de cuidados, é determinante para o desenvolvimento das competências técnicas, relacionais e éticas dos futuros profissionais. **O sucesso deste modelo é bem demonstrado pela excelente reputação que os nossos diplomados têm, não apenas em Portugal, mas também em diversos contextos internacionais.**

Ainda assim, considero que o modelo atualmente existente em Portugal pode evoluir. Defendo um reforço da ligação formal entre as instituições de ensino e os prestadores de cuidados de saúde, através de modelos inspirados no conceito de "hospital-escola", que poderão encontrar novas oportunidades de concretização no âmbito dos Centros Académicos Clínicos. Não se trata de replicar o modelo da formação médica, mas de aproveitar uma das suas maiores virtudes: uma parceria estruturada e duradoura entre academia e instituições de saúde, permitindo uma integração mais efetiva entre ensino, prática clínica, investigação e inovação.

Existe um protocolo de colaboração entre o ISJD e a Universidade de Leiria e Oeste, nas áreas da investigação e intercâmbio de estágios. Que valor atribui a esta parceria?

Atribuo um enorme valor a este tipo de parcerias. A aproximação entre a academia e as instituições prestadoras de cuidados é uma das bases do sucesso da formação em saúde, porque permite aos estudantes contactarem com contextos reais de prática, profissionais experientes e necessidades concretas das populações. Mas estas parcerias vão muito além da formação. São também fundamentais para identificar problemas reais, gerar conhecimento e desenvolver investigação com impacto efetivo na melhoria dos cuidados de saúde. Essa é, aliás, uma das missões centrais das instituições de ensino superior: for-

mar profissionais, produzir conhecimento e contribuir para a resolução dos desafios da sociedade.
Neste sentido, a colaboração entre a Universidade de Leiria e Oeste através da nossa Escola, e instituições como o Instituto S. João de Deus cria um ambiente particularmente rico, onde ensino, investigação e prática clínica se reforçam mutuamente, em benefício dos estudantes, dos profissionais e, sobretudo, das pessoas que recebem cuidados.

Que oportunidades poderão crescer no âmbito desta parceria?

Vejo um enorme potencial nesta parceria, quer ao nível da formação, quer da investigação. Em áreas como a reabilitação, o envelhecimento, a saúde mental e os cuidados continuados, **a proximidade entre a academia e uma instituição com a experiência do Instituto S. João de Deus cria condições únicas para desenvolver conhecimento com aplicação direta na prática clínica.**
Do ponto de vista da investigação, existem oportunidades muito relevantes associadas aos nossos mestrados e pós-graduações, mas também ao futuro programa doutoral na área da Reabilitação e Envelhecimento. Estas parcerias permitem identificar problemas concretos, testar soluções inovadoras e produzir evidência científica com impacto real nos cuidados prestados. Vejo igualmente oportunidades no âmbito dos concursos da FCT, nomeadamente das bolsas de doutoramento em contexto não académico, promovendo projetos desenvolvidos em estreita colaboração entre investigadores e profissionais no terreno.
Finalmente, esta parceria poderá reforçar os contextos de formação clínica dos estudantes dos nossos cursos e mestrados em Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia da Fala e Ciências do Envelhecimento, contribuindo para uma formação ainda mais próxima das necessidades das pessoas e dos serviços de saúde.

Um dos desafios da investigação em saúde é garantir que o conhecimento chega efetivamente à prática. Como podemos aproximar a investigação da prática clínica?

Uma das formas mais eficazes de encurtar essa distância é apostar em investigação aplicada, desenvolvida em estreita colaboração com os profissionais e as instituições de saúde. **Quando os projetos partem de problemas reais identificados nos serviços, aumenta significativamente a probabilidade de os resultados serem implementados e gerarem impacto.** É igualmente importante valorizar projetos de melhoria contínua da qualidade, estudos de implementação e iniciativas que envolvam, desde o início, investigadores, profissionais, gestores e utentes.
As parcerias entre instituições de ensino superior e prestadores de cuidados têm aqui um papel decisivo. Permitem criar um círculo virtuoso em que os desafios da prática alimentam a investigação, e a investigação produz conhecimento que regressa à prática sob a forma de melhores cuidados, mais eficiência e melhores resultados para as pessoas. **No fundo, a melhor investigação em saúde é aquela que não fica apenas publicada em artigos científicos, mas que contribui efetivamente para melhorar a vida das pessoas.**

Que competências serão mais determinantes para os profissionais do futuro?

Acredito que as competências mais determinantes serão uma combinação entre capacidade de adaptação tecnológica e uma sólida dimensão humana. A evolução tecnológica será cada vez mais rápida, pelo que será essencial dominar novas ferramentas, compreender dados, integrar inteligência artificial e acompanhar a inovação ao longo de toda a carreira. Mas essa competência técnica, por si só, não será suficiente. O verdadeiro fator diferenciador continuará a ser a capacidade de tomar decisões informadas por valores, ética e humanismo.
No futuro, os melhores profissionais não serão os que competem com a tecnologia, mas os que conseguem utilizá-la de forma inteligente, crítica e responsável, colocando sempre a pessoa no centro dos cuidados.

O que terá inevitavelmente de mudar e o que nunca se deverá perder?

Creio que há aspetos da forma como ensinamos e, por vezes, da forma como organizamos as profissões de saúde

a proximidade entre a academia e uma instituição com a experiência do Instituto S. João de Deus cria condições únicas para desenvolver conhecimento

que terão inevitavelmente de evoluir. Continuamos a ter modelos muito centrados em cada profissão e, em alguns casos, persistem lógicas de corporativismo que podem criar barreiras à colaboração e à inovação. **Num contexto em que os problemas de saúde são cada vez mais complexos, precisamos de formar profissionais mais preparados para trabalhar em equipas interdisciplinares e para integrar diferentes saberes em benefício da pessoa.**

Ao mesmo tempo, há algo que gostaria que nunca se perdesse: a proximidade. A proximidade no ensino, entre estudantes, docentes e contextos de prática; e a proximidade nos cuidados, na relação humana entre o profissional e a pessoa. A tecnologia, a ciência e os modelos organizacionais vão continuar a evoluir, mas a essência da reabilitação continuará a estar na capacidade de compreender cada pessoa, as suas necessidades e os seus objetivos.

Portugal está a preparar profissionais em número e com competências suficientes para responder às necessidades futuras na área da reabilitação?

Creio que Portugal tem demonstrado uma enorme capacidade para formar profissionais de reabilitação altamente qualificados, reconhecidos pela sua competência técnica e capacidade de adaptação em diferentes contextos, dentro e fora do país. No entanto, perante os desafios do envelhecimento da população, do aumento das doenças crónicas e da crescente necessidade de cuidados de reabilitação, será necessário formar mais profissionais e assegurar que possuem as competências adequadas para responder às necessidades futuras.

Mas o maior desafio poderá nem ser a formação. É a capacidade de atrair, fixar e reter estes profissionais. E isso não passa apenas pela questão remuneratória. Passa por criar condições para o desenvolvimento pessoal e profissional, com oportunidades de progressão na carreira, acesso à formação contínua, envolvimento em projetos de inovação e investigação e condições de trabalho que permitam conciliar a vida profissional e familiar.

De uma perspetiva académica, que transformação gostaria de ver concretizada na reabilitação física?

Se pudesse destacar uma transformação para o futuro da reabilitação, escolheria a acessibilidade aos cuidados. Ainda hoje, em muitos países, incluindo países desenvolvidos, (e naturalmente em Portugal) existe uma percentagem muito significativa de pessoas que necessita de cuidados de reabilitação e que não consegue aceder a eles de forma atempada ou adequada. Esta realidade tem consequências diretas na funcionalidade, na participação social, na autonomia e, em última análise, na qualidade de vida das pessoas.

Enquanto Escola Superior de Saúde da Universidade de Leiria e Oeste, temos uma responsabilidade acrescida nesta matéria. Somos membros fundadores da *World Rehabilitation Alliance*, uma iniciativa promovida pela Organização Mundial da Saúde que tem precisamente como objetivo reforçar a integração e o acesso à reabilitação nos sistemas de saúde.

Gostaria de ver uma reabilitação mais acessível, mais próxima das comunidades e integrada de forma natural ao longo de todo o percurso de cuidados. A tecnologia poderá ajudar, mas o verdadeiro sucesso será garantirmos que todas as pessoas que beneficiariam de reabilitação têm efetivamente acesso a esses cuidados, independentemente da sua condição, local de residência ou contexto socioeconómico. No final, o grande objetivo da reabilitação é simples: permitir que mais pessoas vivam com maior funcionalidade, independência, participação e qualidade de vida.



Um testemunho de confiança e satisfação

"Pintar ajuda-me muito, estou ocupada e ajuda-me a relaxar, a concentrar-me na escolha das cores e ver, pouco a pouco, a pintura a ganhar vida. Gosto de ver cada pintura que termino e dá-me orgulho e confiança."

Artista
Cremilda Serrano

Centro Assistencial
ISJD-Montemor-o-Novo

Tomada de Posse do Conselho de Direção

Realizou-se no dia 8 de julho, no Telhal, a cerimónia de tomada de posse do Conselho de Direção para o quadriénio 2026-2030, composto por Ana Sequeira, Pe. Alberto Mendes, Vítor Cotovio, Pedro Farinha e Cristina Duarte. Perante mais de uma centena de participantes, foram homenageados os membros cessantes e empossados os novos dirigentes.
Nas intervenções, destacou-se o trabalho desenvolvido nos últimos anos e o compromisso com uma resposta inovadora, sustentável e humanizada aos desafios da saúde mental e da ação social. A cerimónia contou ainda com momentos culturais e testemunhos inspiradores, terminando num ambiente de convívio e fraternidade.



Semana da Hospitalidade



O ISJD-Telhal viveu a Semana da Hospitalidade como um tempo de encontro, partilha e desenvolvimento pessoal. Através de diversas iniciativas, os colaboradores aprofundaram o carisma e os valores de S. João de Deus, reforçando o compromisso com a Hospitalidade.

Semana do **Colaborador**

Um grupo de utentes participou em visitas a Santiago de Compostela e a Ovar, vivenciando experiências relevantes de inclusão social. Estas iniciativas de natureza cultural e recreativa promovem a autonomia e a participação ativa na comunidade, contribuindo para a construção de projetos de vida com maior significado e dignidade. Através do contacto com diferentes contextos e da convivência interpessoal, reforçaram-se competências sociais e o sentimento de pertença.



19.ª Gimnorecreativa de Praia



No dia 10 de setembro, a 19.ª Gimnorecreativa de Praia, organizada pelo ISJD-Telhal em conjunto com a Casa de Saúde da Idanha, das Irmãs Hospitaleiras, juntou beneficiários e técnicos de 20 instituições do Grupo Encontros Inter-Centros, numa manhã de inclusão, convívio e diversão. A iniciativa, com o apoio da Câmara Municipal de Oeiras, promoveu a valorização da saúde mental e a sustentabilidade ambiental.

102 anos ao serviço da comunidade



O ISJD-Funchal celebrou o seu 102.º aniversário, numa jornada marcada pela gratidão, partilha e espírito de comunidade. As comemorações incluíram a celebração da missa e o tradicional corte do bolo de aniversário, num ambiente de convívio e alegria. A música da Banda Distrital do Funchal "Os Guerrilhas" juntou-se à festa, tornando este momento ainda mais especial. Este aniversário foi uma oportunidade para recordar mais de um século de história, dedicação e serviço à comunidade, valorizando todos aqueles que, ao longo dos anos, têm dado vida à missão de S. João de Deus.

Visita Oficial



O Instituto S. João de Deus abriu as portas para um encontro de diálogo e partilha. A visita da Secretária Regional de Inclusão, Trabalho e Juventude, Paula Margarido, permitiu dar a conhecer o trabalho desenvolvido na Região, refletir sobre desafios e reforçar a importância da cooperação para respostas cada vez mais próximas e adequadas.

Uma viagem feita de **momentos**



No mês de julho, os nossos utentes trocaram a rotina da ilha por cinco dias de descoberta em Portugal Continental. Fátima, Telhal, o Jardim Zoológico de Lisboa e Belém fizeram parte do percurso. Houve muitos passeios, convívios, novas experiências e, claro, os irresistíveis Pastéis de Belém.

Tradição Madeirense marca o 3.º Convívio Hospitaleiro

Em agosto, Irmãos, colaboradores e voluntários saíram à descoberta da Madeira no 3.º Convívio Hospitaleiro. Entre a Ribeira Brava e o Porto Moniz, o passeio terminou no Seixal, à mesa, com o tradicional Panelo, uma especialidade madeirense de carnes, enchidos e legumes.



A nossa Marcha na noite de São João...



S. Rafael quis sair, para se divertir, e veio a cantar.
A colorida marcha de S. João da Instituição cantou e encantou todos os presentes, bem como os que a viram pela televisão ou redes sociais. Foram 73 marchantes que, de forma alegre, cantaram em bom som, a história da chegada dos Irmãos de S. João de Deus à Ilha e a abertura desta Casa, que está "a caminho do Centenário".
Nas Sanjoaninas, pretendemos afirmar o nosso compromisso com a promoção da saúde mental, da inclusão social e da cidadania ativa das pessoas que acompanha.
Mais do que uma manifestação cultural, esta participação constitui uma oportunidade para valorizar as capacidades, os talentos e a criatividade dos utentes, incentivando a sua autonomia, autoestima e sentido de pertença à comunidade.

O nosso passeio anual



Um dia de reencontros, de fé, de tradição e de partilha, em que rezámos a Nossa Senhora dos Milagres, passeámos pelos Biscoitos e pelo Monte Brasil e almoçámos na quinta do Olé Toiro. A inclusão também se constrói, quando abrimos portas para a vida, para a comunidade e para a felicidade de cada pessoa.

Projeto "Sei Fazer +" torna Angra mais bela!

A Câmara Municipal de Angra do Heroísmo assumiu com a Instituição um compromisso conjunto para a inclusão social de pessoas com experiência de doença mental. Com esta parceria, quatro utentes da Instituição terão a oportunidade de integrar o serviço de Parques e Jardins da Câmara Municipal.



Retiro **Coral**



Entre os dias 3 e 6 de setembro, recebemos o Retiro Coral do Instituto S. João de Deus, um encontro que reuniu Irmãos e colaboradores de diferentes Centros do ISJD, num tempo de partilha, música e espiritualidade.
Ao longo destes dias, a música assumiu-se como um caminho de encontro e comunhão, proporcionando momentos de reflexão, aprendizagem e aprofundamento da identidade hospitaleira, num ambiente marcado pela fraternidade e pelo espírito de São João de Deus. O concerto, na igreja do Convento de S. Salvador de Vilar de Frades, foi um momento de grande significado, onde a fé, a música e a devoção ao nosso Fundador se uniram, encerrando estes dias de encontro e deixando viva a inspiração e o legado de São João de Deus.

ProCuidador

O Instituto S. João de Deus – Barcelos e a Associação Nacional AVC promoveram a Conferência *"Um ano de execução do ProCuidador 2.0"*, no dia 30 de julho, no Auditório S. Bento Menni do ISJD. Foi um dia dedicado ao ProCuidador 2.0 e à reflexão sobre o seu primeiro ano de execução.



Festa dos **Santos Populares**

Mais uma vez se realizou o convívio-festa "Os nossos Santos Populares!"
Irmãos, utentes, colaboradores e voluntários marcaram presença, proporcionando-se um ambiente de festa popular, ao ar livre, não faltando a sardinha assada e a animação tradicional apropriada.



Equitação **Terapêutica**



Foi com grande entusiasmo que fechámos mais uma edição do projeto de Equitação Terapêutica do nosso Centro. Abrangendo um total de 44 utentes, o convívio de encerramento decorreu no Centro Hípico do Norte, em Esposende. Foi um dia muito bem passado, em que os utentes puderam mostrar as competências alcançadas ao longo de todo o ano de trabalho, desfrutando ainda de momentos de música e descontração, num ambiente natural claramente inspirador.

98 anos de Hospitalidade em Família

O ISJD-Ponta Delgada celebrou o seu 98.º aniversário com uma tarde de convívio que reuniu utentes, colaboradores e familiares. Entre jogos, sorrisos e muitos momentos de partilha, viveu-se o verdadeiro espírito da Família Hospitaleira. A celebração terminou com bolo de aniversário e lanche-convívio, assinalando quase um século de dedicação ao cuidado da pessoa, inspirado no carisma de São João de Deus.



XXV Festival de Sopa



A expressiva adesão registada nesta edição comemorativa confirma a vitalidade desta tradição e o carinho que a comunidade continua a nutrir pelo Festival de Sopa da Fajã de Baixo. A celebração das suas 25 edições, assinalada com a participação de mais de 70 sopas, constituiu um marco significativo na história desta iniciativa, refletindo o crescimento e a capacidade mobilizadora que tem vindo a demonstrar ao longo dos anos. O ambiente vivido durante toda a noite, marcado pelo convívio saudável, pela partilha, pela alegria e pelo reencontro entre gerações, demonstrou que este é muito mais do que um evento gastronómico: é uma verdadeira celebração da comunidade, ocupando um lugar especial na vida da freguesia e de todos aqueles que, ano após ano, contribuem para manter viva esta tradição.

Semana do Colaborador reforça espírito de equipa e Hospitalidade



O ISJD-Ponta Delgada promoveu mais uma edição da Semana do Colaborador, uma iniciativa dedicada ao reconhecimento, valorização e bem-estar das suas equipas. Ao longo de cinco dias, os colaboradores participaram em atividades diversificadas que estimularam o trabalho em equipa, a partilha de experiências, a promoção da saúde física e o convívio. O programa incluiu desafios de *team building*, momentos de aprendizagem com os utentes do Centro Ocupacional Ir. Brás, aulas de *cycling* e *pilates*, celebração da eucaristia, bem como experiências gastronómicas e recreativas. A semana encerrou com momentos de animação, reforçando os laços de união, pertença e camaradagem que caracterizam a Família Hospitaleira. Sob o lema "*Cuidar de quem cuida também é Hospitalidade*", esta iniciativa evidenciou a importância de promover o bem-estar de quem diariamente se dedica ao cuidado dos outros.

Tomada de Posse do novo Conselho de Direção



Tomou posse o novo Conselho de Direção do ISJD-Montemor-o-Novo, composto por Mário da Rocha Ávila, Diretor; Ana Filipa Pinto, Diretora Administrativa; Maria Isabel Lucas, Diretora Clínica; Sandra Brito e Silva, Diretora de Enfermagem; e Ir. Adelino Manteigas, Superior da Comunidade dos Irmãos.
A cerimónia foi presidida pelo Ir. José Paulo, Presidente do ISJD, e contou com a presença do Diretor-Geral, Nuno Lopes. O novo Diretor destacou a intervenção centrada na pessoa como compromisso para o mandato e anunciou o início das obras no Serviço de Medicina Física e Reabilitação. O dia terminou com um momento de convívio entre utentes, familiares, colaboradores e voluntários.

I Encontro Nacional do Home 360



Decorreu o I Encontro Nacional do Home 360, projeto especializado na área das Demências. Um dia de partilha, reflexão e troca de experiências, com visita ao serviço de Ortoprotesia do ISJD-Montemor-o-Novo, uma resposta que transforma vidas.

Dia dos **Avós**



O Dia dos Avós foi assinalado com a celebração da Eucaristia. No final, foi distribuída uma pagela alusiva à data, como forma de homenagear e celebrar o papel tão especial dos avós, valorizando o seu amor, presença e legado na vida das famílias.

Feira da Luz

O ISJD-Montemor-o-Novor marcou presença na Feira da Luz com um rastreio de saúde, incluindo avaliação da glicémia, tensão arterial, IMC e perímetro abdominal.
O Home 360 desafiou ainda os visitantes a exercitar a mente, promovendo saúde e bem-estar.

Semana do Colaborador 2026: juntos, fazemos mais









Celebrámos a Semana do Colaborador 2026 com dias de convívio, reflexão e descoberta, em experiências que aproximaram as equipas das diferentes unidades e reforçaram os laços que as unem.

A semana começou com uma caminhada espiritual nos três centros assistenciais, dedicada à reflexão, à união e à comunhão. Ao final do dia, na Unidade de Saúde da Gelfa, os colaboradores viajaram pelas tradições do Alto Minho, ao som dos Bombos de Vila Praia de Âncora e das danças do Rancho Folclórico da Areosa. Música, costumes e memórias realçaram a riqueza cultural das comunidades onde o ISJD está presente.

O segundo dia trouxe atividades centradas no bem-estar e no espírito de equipa: uma aula de ioga na Gelfa, rafting no rio Minho, em Melgaço, e arborismo e slide no Parque do Bosque, em Areias de Vilar. Foram momentos de movimento, desafio e cooperação, que lembraram a importância de cuidar também de quem cuida.

Em Sante, Melgaço, os participantes conheceram de perto a vida no campo, com tarefas da quinta e cuidados aos animais. As desgarradas, os sabores tradicionais e a queimada galega completaram um dia de aprendizagem, partilha e boa disposição. A iniciativa foi possível graças à generosidade dos pais de Andreia, colaboradora da Unidade de Saúde de Melgaço, que cederam o espaço.

No quarto dia, cada unidade viveu uma experiência própria, com um propósito comum: valorizar quem dá vida ao ISJD todos os dias. Na Gelfa, houve uma aula de kayak; em Melgaço, um workshop de doçaria; e, em Areias de Vilar, os colaboradores criaram um mural coletivo inspirado na história, na identidade e nos valores da instituição.

A celebração terminou com a Festa Oeste Hospitaleiro, na Quinta de Vilar de Frades. Vestidos a rigor, os colaboradores desfrutaram de um passeio de charrete, música, jantar e momentos de convívio. O touro mecânico trouxe ainda uma dose extra de desafio e animação à festa que reuniu equipas das várias unidades.

Mais do que um conjunto de atividades, a Semana do Colaborador foi uma oportunidade para celebrar a hospitalidade, a dedicação e o compromisso com a missão do ISJD. Terminou a semana; ficam as memórias, os sorrisos e o orgulho de pertencer a uma equipa que caminha junta.

Tomada de Posse do novo **Conselho de Direção**



Tomou posse o novo Conselho de Direção do Instituto S. João de Deus – Lisboa | Carnaxide, presidido por Mário da Rocha Ávila e constituído por Patrícia Almeida Pinto, Ana Bernardo, Gabriela Pereira, Sofia Gorgulho e Ir. Luiz Silva. A sessão foi presidida pelo Ir. José Paulo, Presidente do ISJD, e contou com a presença de Nuno Lopes, anterior diretor e atual Diretor-Gera. Durante a cerimónia, foram destacados os desafios da liderança, a renovação das instalações, o acolhimento e integração de colaboradores e a importância de cuidar de quem cuida. A tomada de posse terminou com momentos de convívio com utentes, familiares, colaboradores e voluntários.

Instituto S. João de Deus – Lisboa | Carnaxide **promove literacia em saúde mental na comunidade**

A 16 de setembro, o ISJD-Lisboa | Carnaxide participou, na Biblioteca de Barcarena, numa sessão sobre saúde mental do Programa Municipal de Literacia em Saúde.

A iniciativa abordou temas como depressão, ansiedade, sinais de alerta e a importância de procurar ajuda.

Dia dos Avós



Celebrámos o Dia dos Avós com Eucaristia, convívio e gelados, reunindo utentes, famílias e colaboradores. A iniciativa contou ainda com a participação do projeto Música nos Hospitais, num momento de partilha, memórias e alegria.

Há Mar para Todos



Chegou ao fim mais uma edição do projeto Há Mar para Todos, que, ao longo de dois meses, levou os nossos utentes à praia, promovendo inclusão, bem-estar e qualidade de vida. Foram dias de partilha, conforto, dignidade e superação, vividos com alegria.

O Regresso do Ir. Bonifácio e do Ir. Simão



No dia 8 de março, celebrámos a festa de S. João de Deus em Laclubar. Participaram autoridades do posto administrativo de Laclubar, utentes e ex-utentes, Jovens Hospitaleiros de Dili, Irmãos e colaboradores. O Ministério da Solidariedade Social e Inclusão, como é tradição, apoiou o orçamento para a celebração desta e outras festas. Neste dia, os Irmãos e toda a família de S. João de Deus em Timor-Leste alegraram-se com a profissão simples dos neoprofessos, Ir. José e Ir. Simão, que aconteceu em Amadeo, nas Filipinas.

Despedidas e Inauguração da Sala Terapêutica

No dia 14 de abril, teve lugar, em Laclubar, a cerimónia de despedida do Ir. José Manuel e do Ir. Elvis. O programa teve início com uma celebração eucarística, na qual participaram os Irmãos, os utentes e as autoridades eclesiásticas e civis do posto administrativo de Laclubar. A ocasião ficou igualmente assinalada pela inauguração de um pequeno edifício destinado à realização de atividades ocupacionais, cuja construção foi viabilizada pelo apoio da Fundação AMI (Assistência Médica Internacional).



Passeio da **CSM**



No dia 29 de agosto, realizou-se o passeio anual dos colaboradores do Centro de Saúde Mental, tendo como destino a Praia de Behau. Esta iniciativa proporcionou um agradável momento de convívio, marcado pela alegria, pela partilha e por diversas atividades de animação, contribuindo para o fortalecimento dos laços entre todos os participantes.

Homenagem aos Prelados em Tasi-Tolu

Entre os dias 1 e 10 de setembro, a Igreja e o Governo timorenses promoveram um conjunto de cerimónias em homenagem aos prelados de Timor:
D. Jaime Garcia Goulart, D. José Joaquim Ribeiro, Monsenhor Martinho da Costa Lopes e D. Alberto Ricardo da Silva.
No dia 2 de setembro, os Irmãos participaram na cerimónia de homenagem e no velório dos restos mortais dos prelados.
Posteriormente, no dia 8 de setembro, os representantes do Centro de Saúde Mental estiveram igualmente presentes nas cerimónias.

p. 52 **Impacto da intervenção da equipa multidisciplinar** nas atividades de vida diária da pessoa internada numa UMDR

Autoras: Diana Lima, Sónia Santos

p. 60 **Incontinência Urinária em pessoas internadas numa Unidade de Cuidados Continuados em Lisboa:** um estudo transversal

Autora: Carolina Germano Fernandes

p. 67 **Quando o cérebro comunica com a máquina:** interfaces cérebro-máquina na reabilitação após AVC e lesão medular

Autores: Marta R. Torres, Miguel Pais-Vieira

Impacto da intervenção da equipa multidisciplinar nas atividades de vida diária da pessoa internada numa UMDR

Autoras: **Diana Lima**[1], **Sónia Santos**[2]

1 – Terapeuta Ocupacional, Instituto S. João de Deus – Gelfa, 2 – Enfermeira na ECCI Coura/Valença – ULSAM

Resumo

As Atividades de Vida Diária (AVD são essenciais para uma vida independente e constituem a autonomia mínima que possibilita a participação diária em termos de sobrevivência e bem-estar básicos. As Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR) promovem a reabilitação e a independência, em situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação crónico. Desta forma, o presente estudo é descritivo, retrospetivo e tem como finalidade averiguar o impacto que a intervenção multidisciplinar tem na melhoria da capacidade funcional dos utentes internados na UMDR-Gelfa, tendo em conta os resultados da aplicação da Escala Modificada de Barthel. Concluiu-se que existiu uma evolução em todas as AVD, pelo que mostra que o trabalho de equipa multidisciplinar é fundamental e traduz-se em ganhos de funcionalidade nos utentes.

Palavras-chave: AVD, UMDR, equipa multidisciplinar.

Summary

Activities of Daily Living (ADLs) are essential for an independent life and constitute the minimum autonomy that enables daily participation, regarding the basic survival and well-being. Medium-Term Care and Rehabilitation Unit (UMDRs) promote rehabilitation and independence, in clinical situations resulting from recovery from an acute process or chronic decompensation. Therefore, the present study is descriptive, retrospective and it aims to assess the impact of multidisciplinary intervention on improving the functional capacity of patients admitted to UMDR-Gelfa, considering the results of the Modified Barthel Index application. It was determined that there was progress in all ADLs, demonstrating that multidisciplinary teamwork is fundamental and it results in an improvement of patient functionality.

Keywords: *ADLs, UMDR, multidisciplinary team.*

Introdução

O processo de envelhecimento demográfico, associado às mudanças verificadas na estrutura e comportamentos sociais e familiares, bem como o aumento da incidência de doenças crónicas associadas a estados de dependência e incapacidade, contribuiu para a implementação de novas políticas de saúde e sociais (Direcção Geral da Saúde, 2004). Nesse sentido, surge a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), criada pelo decreto-lei nº101/2006, como resposta ao aumento do número de pessoas em situação de dependência e que necessitam tanto de cuidados de saúde como sociais, e à necessidade de reorganizar e promover a eficiência dos serviços de internamento hospitalar (Decreto-Lei, 2006).

As respostas da RNCCI contemplam as seguintes tipologias: Unidade de Convalescença (UC); Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR); Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM) e Equipa de Cuidados Continuados Integrados – Domiciliários (ECCI) (Instituto da Segurança Social, 2023).

As Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR) promovem a reabilitação e a independência, em situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação crónico, cuja previsibilidade de dias de internamento se situe entre 30 dias e 90 dias (Instituto Segurança Social, 2011).

Uma vez que, nestas unidades, há maior prevalência de alterações da cognição, limitações sensoriais e comorbilidades que condicionam o contexto, há a necessidade de profissionais com conhecimentos e competências especializadas. Assim, os cuidados são prestados por equipas multidisciplinares, nomeadamente nas áreas de medicina, enfermagem e pessoal auxiliar, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala, animação sociocultural, nutrição, psicologia e serviço social, tendo como objetivo a reabilitação, readaptação e reinserção familiar (Instituto Segurança Social, 2011).

Desta forma, e uma vez que os Cuidados Continuados Integrados estão centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua reabilitação, autonomia e melhorando a sua funcionalidade (Instituto Segurança Social, 2011), surge a necessidade da avaliação e monitorização da capacidade funcional dos utentes, através da utilização da Escala Modificada de Barthel. Para além disso, importa referir que a

identificação das expetativas e objetivos do indivíduo e da família/cuidadores informais são também partes importantes para a qualidade dos cuidados prestados (ISJD, 2022). A saúde e o bem-estar são assim influenciados pelas oportunidades do indivíduo se envolver satisfatoriamente em atividades e participar em situações do dia a dia. Por este motivo, devem ser implementados procedimentos facilitadores da recuperação de capacidades funcionais e/ou cognitivas que conduzam à maior autonomia possível, sendo para isso fundamental e indispensável a atuação multidisciplinar em equipa (Instituto Segurança Social, 2011).

No paradigma de funcionamento da UMDR-Gelfa, o trabalho em equipa traduz-se na partilha de dados de avaliação e intervenção em reunião multidisciplinar, discussão destes e articulação entre os membros de equipa para formar o Plano individual de intervenção (PII). Para além disso, a aplicação e monitorização da escala de Barthel é também idealmente realizada em equipa. Importa reforçar que a complementaridade, ou seja, a formação e experiência pessoal e profissional de cada membro da equipa, enriquece os resultados do trabalho pela partilha de conhecimentos, como por exemplo técnicas de transferências, estratégias adaptativas para as AVD e o aconselhamento de produtos de apoio durante os autocuidados.

AVD e Escala Modificada de Barthel

As atividades da vida diária (AVD) são essenciais para uma vida independente e constituem a autonomia mínima que possibilita a participação no dia a dia em termos de sobrevivência e bem-estar básicos (Simões et al, 2018).

O Índice de Barthel é um instrumento que avalia o nível de independência do individuo para a realização de dez atividades básicas de vida diária (higiene pessoal, tomar banho, alimentação, fora/dentro do wc, escadas, vestir, continência do esfíncter anal, continência do esfíncter vesical, transferências cama-cadeira, deambulação e manuseio da cadeira de rodas (alternativo para deambulação), que foi descrito e publicado por Mahoney e Barthel em 1965 e validado para a população portuguesa em 2007 (Araújo et al, 2007). Seguidamente, surgiram mais duas versões desta escala, a versão desenvolvida por Wade e Collin (1988) e a versão desenvolvida por Shah et al (1989).

O Instituto S. João de Deus possui uma Política da Qualidade, sendo um dos seus objetivos "Promover a autonomia e a qualidade de vida dos utentes" (ISJD, 2023). Para além disso, também existe um procedimento que descreve a forma como se procede à prestação do serviço de cuidados continuados, onde consta que na avaliação inicial e na avaliação final (por alta, transferência ou falecimento), a obrigatoriedade (não excluindo a aplicação de outras escalas) da aplicação da Escala Modificada de Barthel (R_03_42) (ISJD, P_03_31, 2022).

Sendo assim, o Índice Modificado de Barthel ou Escala Modificada de Barthel mantém a faixa de pontuação original de 0 a 100, mas introduziu uma escala de classificação de cinco pontos para melhorar a confiabilidade e a sensibilidade na deteção de mudanças (Shah et al, 1989).

Este é uma ferramenta conceituada na medicina física e reabilitação, de fácil aplicação, com um alto grau de confiabilidade e validade (Instituto Segurança Social, 2011). É baseada em pontuações que fornecem um número absoluto para quantificar o grau de dependência funcional, sendo possível classificar o indivíduo em níveis funcionais (dependência total, severa, moderada, ligeira dependência ou independência total) (Oliveira et al, 2006).

Importa também referir que o processo PQ18 do ISJD tem como indicador de processo "% de Utentes que melhoram a Autonomia nas AVD´s entre a Admissão e a Alta (Escala Modificada de Barthel)", que avalia os ganhos obtidos na reabilitação dos utentes internados na UMDR (ISJD, 2022). Por este motivo, surge a necessidade de avaliar a intervenção da equipa multidisciplinar na autonomia do utente internado.

Metodologia

Este estudo é descritivo, retrospetivo e tem como finalidade averiguar o impacto que a intervenção multidisciplinar tem na melhoria da capacidade funcional dos utentes internados na UMDR da Gelfa. Os dados foram recolhidos na avaliação inicial do utente e na alta, tal como refere o PQ18 (ISJD, 2022), com a aplicação da Escala Modificada de Barthel pela equipa de enfermagem, em conjunto com a equipa técnica de reabilitação. Esses resultados foram colocados numa base de dados, em ficheiro Excel, elaborada para o efeito, e foi realizada a análise descritiva dos dados.

Também recolhemos, através do aplicativo Gestcare da

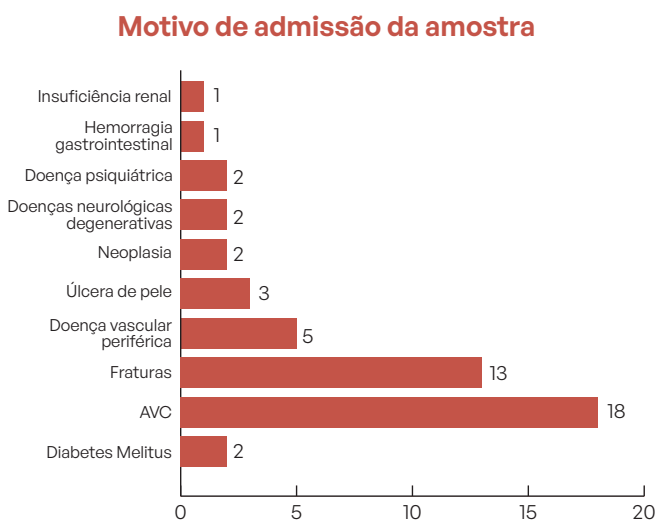
RNCCI e da Glintt, os dados sociodemográficos, os diagnósticos e dias de internamento.

Caracterização da amostra

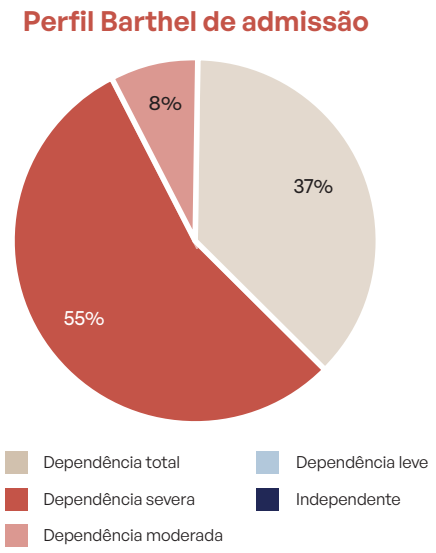
A amostra é constituída por 49 utentes que tiveram alta da UMDR da Gelfa (Instituto S. João de Deus – Areias de Vilar), de 1 de janeiro a 30 de setembro de 2024. Dos 49 utentes, 65% são mulheres e 35% são homens. A média de idade é 78.9 anos, com o valor máximo de 93 anos e mínimo de 52 anos. O distrito mais representativo de residência dos utentes é o de Viana do Castelo (84%), os restantes são do Porto (10%), de Braga (4%) e de Aveiro (2%). O motivo principal que originou o internamento apresenta nomenclaturas diversas, mas podemos agrupá-las por acidentes vasculares cerebrais (em que se incluem os de origem isquémica, hemorrágica e com diagnóstico superior a 6 meses, 18 utentes); fraturas (13 utentes); doença vascular periférica (arterial ou venosa, incluem-se amputações, 5 utentes); úlcera de pele (3 utentes); neoplasias (2 utentes); doenças neurológicas degenerativas (esclerose múltipla e parkinson, 2 utentes); doenças psiquiátricas (psicose, 2 utentes); diabetes (2 utentes); hemorragia gastrointestinal (1 utente) e insuficiência renal (1 utente). Através da representação gráfica, conseguimos concluir que os diagnósticos de admissão mais frequentes são AVC (37%) e fraturas (27%).

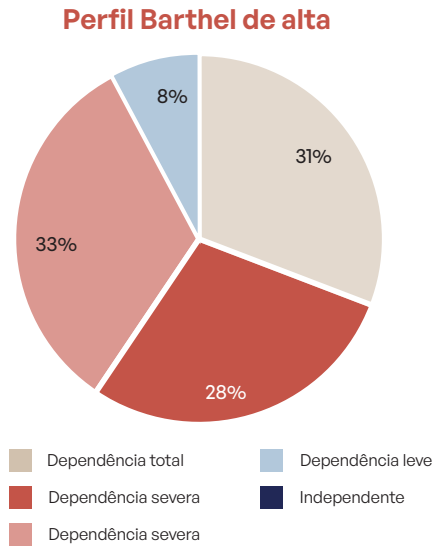
Outro dado relevante para a caracterização da amostra é o tempo de internamento e importa salientar que a RNCCI preconiza um internamento na UMDR de duração não superior a 90 dias. No entanto, a média de dias de internamento é 144, o período de dias máximo registado é de 1242 dias, o mínimo de 22 dias e o período de dias que mais se repete é 90 dias.

Gráfico 1



Gráficos 2





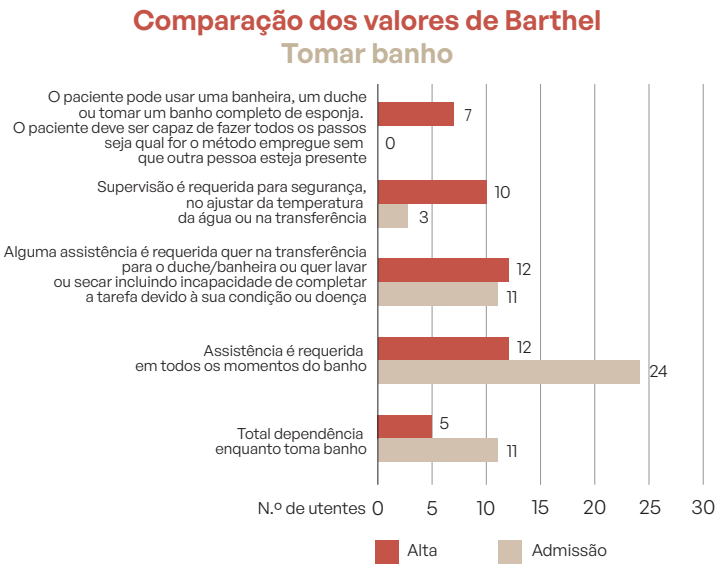
Resultados

Da análise dos dados, verifica-se que a média do valor da Escala Modificada de Barthel inicial é um valor de 30, sendo que a média do valor da Escala Modificada de Barthel final é de 48, existindo uma variação de 18 valores.
De referir também que, dos 49 utentes que tiveram alta, verifica-se que 46 destes, ou seja, 94% da amostra, teve uma melhoria no desempenho das AVD.

Tabela 1: Dados estatísticos dos itens da escala Modificada de Barthel

AVD	Admissão/Alta	Máximo	Mínimo	Moda	Média	Teste T
Higiene pessoal	Admissão	4	0	1	1,51	2,62E-10
	Alta	5	0	5	3,05	
Tomar banho	Admissão	4	0	1	1,41	3,43E-07
	Alta	10	0	1	2,80	
Alimentação	Admissão	10	0	5	6,45	0.27
	Alta	10	0	10	6,92	
Fora e dentro do WC	Admissão	8	0	2	2,41	1,17E-05
	Alta	10	0	0	4,61	
Vestir/despir	Admissão	8	0	2	2,82	4,76E-08
	Alta	10	0	2	5,06	
Intestino	Admissão	10	0	0	4	0,000162979
	Alta	10	0	10	5,59	
Bexiga	Admissão	10	0	0	3,71	0,0015328
	Alta	12	0	0	5,08	
Transferências	Admissão	15	0	8	5,12	2,12E-07
	Alta	15	0	15	8,08	
Deambulação	Admissão	15	0	0	1,78	4,31E-06
	Alta	15	0	0	5,33	
Bexiga	Admissão	8	0	0	0,20	0,001753688
	Alta	8	0	0	1,53	

Gráfico 3



Na admissão, 55% dos utentes apresenta dependência severa na admissão e apenas 28% na alta. Reduz igualmente a percentagem de utentes com dependência total na alta de 37% para 31%. Na alta, observa-se também que 8% dos utentes apresenta dependência leve. Pelos resultados obtidos, confirma-se que os níveis de independência foram mais elevados na alta após intervenção da equipa multidisciplinar durante o internamento.

Constata-se que existe uma diferença estatisticamente significativa em quase todos os autocuidados, exceto na alimentação.

Verifica-se que, nos autocuidados Higiene pessoal, Tomar banho, Vestir/despir, Fora e dentro do wc e Bexiga, o máximo registado é maior na alta. O valor mínimo é sempre o mesmo quer na admissão, quer na alta em todos os autocuidados, o que significa que existe pelo menos 1 utente que apresenta total incapacidade.

Em relação à moda, é possível verificar que existe um valor significativo de pessoas que atingem o máximo na Higiene pessoal, na Alimentação, Transferências e Intestino.

Um valor que se destaca negativamente é a moda no Fora e dentro do wc, sendo 2 na admissão e 0 na alta, o que representa que se repetem mais as situações de total dependência na alta em relação à admissão.

Através do gráfico 3, é possível verificar que existe uma redução do nível de dependência do item "Tomar banho" com

Gráfico 4

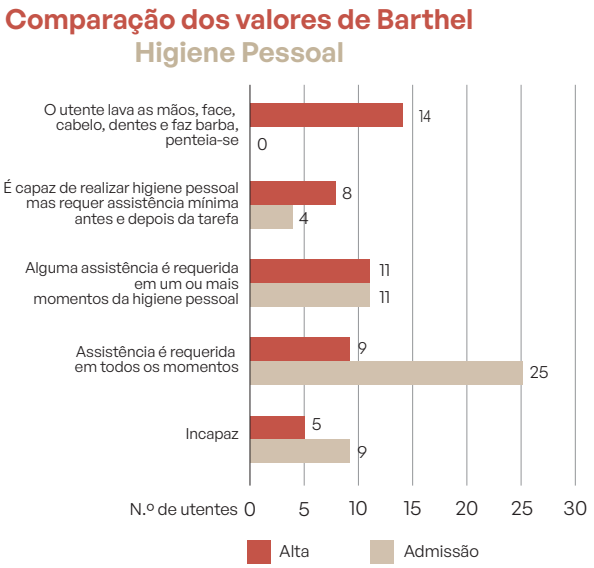
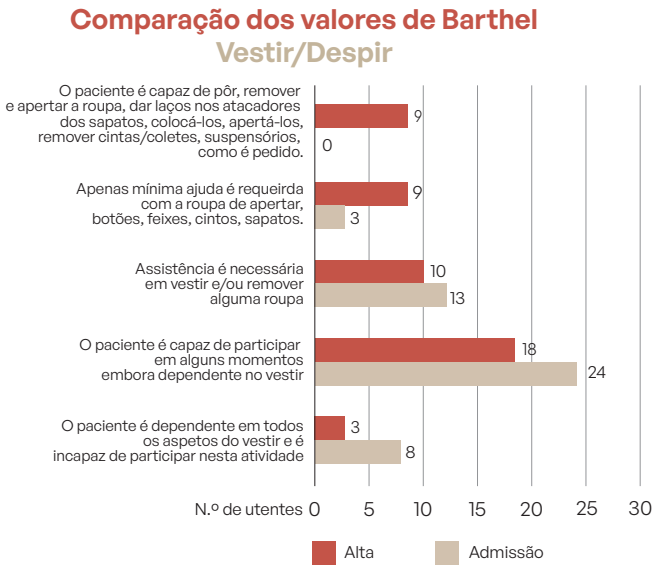


Gráfico 5



o internamento. Na admissão, nenhum utente era capaz de tomar banho de forma independente, no entanto, na alta, 7 dos 49 já o fazia. Na alta, apenas 5 utentes permanecem com total dependência no banho num universo de 49. No gráfico 4, da "Higiene Pessoal", apenas na alta se verificam utentes independentes nesse autocuidado, cerca de 29% da amostra. De uma amostra de 49 utentes, 5 mantiveram-se totalmente dependentes.

No autocuidado "Vestir/Despir", verifica-se que, na admissão, 24 dos 49 utentes eram capazes de participar em alguns momentos, embora dependentes no Vestir/Despir. Na alta, 18 utentes já apresentam menor grau de dependência. Este resultado tem maior significado estatístico e faz sentido pensando na prática, isto é, a pessoa pode estar no leito e vestir ou despir roupa com ajuda mínima; no entanto, em relação ao autocuidado "Banho e Higiene Pessoal", o utente necessita de apoio na deslocação até à casa de banho, bem como de manusear dispositivos como torneiras de água ou ter o material de banho disponível e perto do utente.

No gráfico 6, "Fora e dentro do wc", verifica-se que um número importante da amostra se tornou independente na alta neste autocuidado, 13 utentes numa amostra de 49 utentes, isto é ¼ do total. Na admissão, verifica-se que 34 utentes se apresentavam necessidade de assistência total ou em todos os momentos, o que valoriza os resultados obtidos na alta.

O autocuidado "Escadas" demonstra que, na admissão, 96% da amostra era incapaz de subir ou descer escadas, no entanto, na alta, apesar de nenhum atingir independência, 15 utentes da amostra conseguem realizá-lo com assistência. Este autocuidado é avaliado sempre com medidas adicionais dentro da unidade, uma vez que esta atividade compromete a segurança do utente. As escadas utilizadas para treino são circunscritas ao ginásio e utilizadas na presença de um fisioterapeuta, por isso é que o resultado é condicionado.

No item "Intestino", o teste T (ferramenta estatística usada para determinar se há diferença significativa entre as médias de dois grupos de dados) demonstra que a moda na alta é 10, o que representa que se repete mais vezes o valor máximo obtido e isso é indicador de sucesso. Outro indicador que confirma boas práticas neste autocuidado é o facto de, na alta, 17 utentes apresentarem controlo de esfíncter anal.

Este autocuidado "Bexiga", à semelhança do anterior, apresenta resultados positivos, mas ainda pode melhorar na medida em que se mantém grande número de pessoas com

Gráfico 6

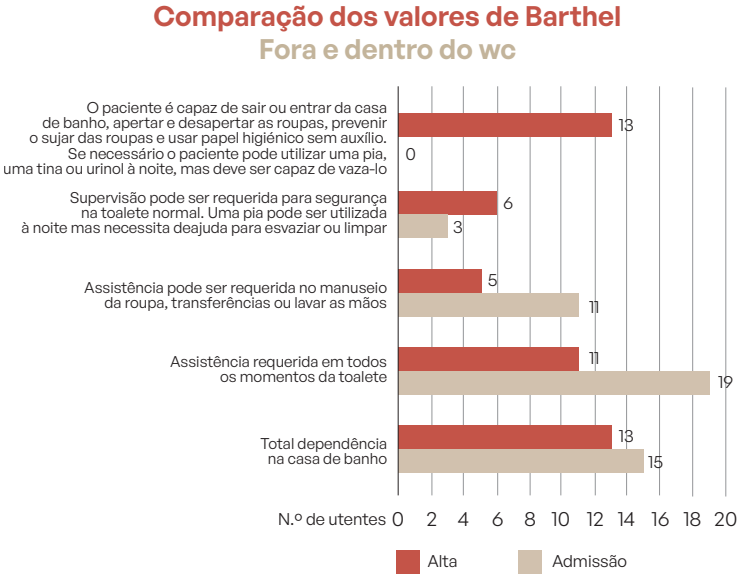
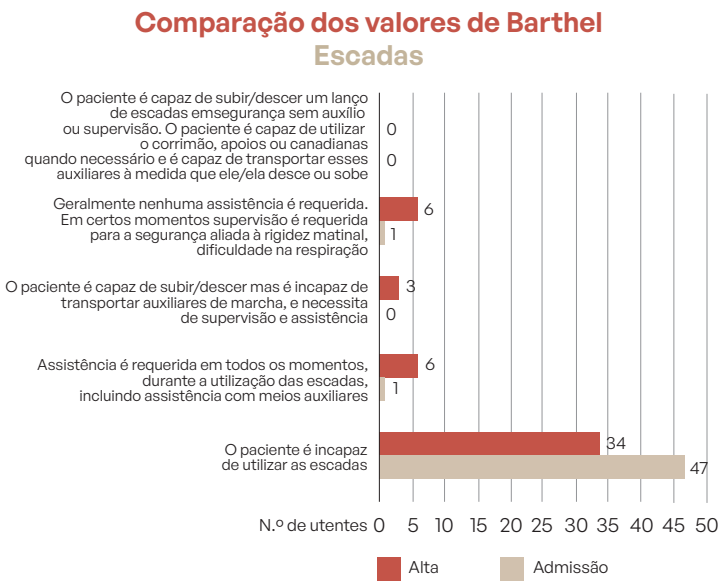


Gráfico 7



dependência neste autocuidado.

No item “Transferências”, verifica-se uma diminuição do

Gráfico 8

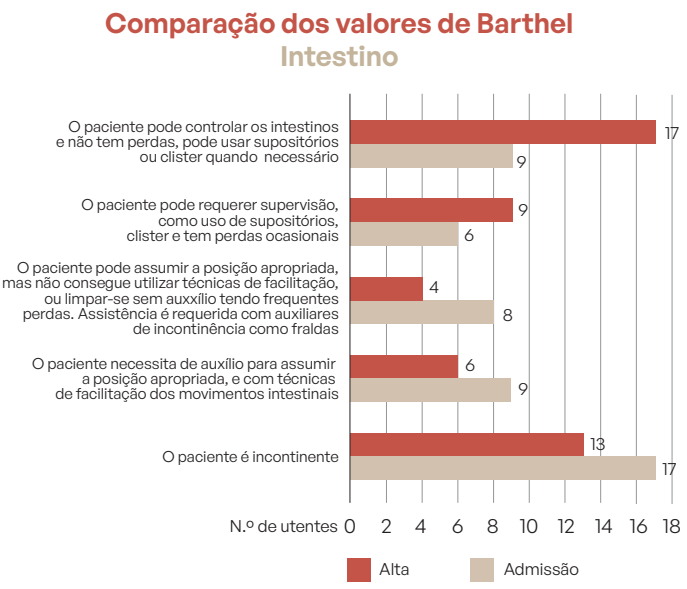


Gráfico 9

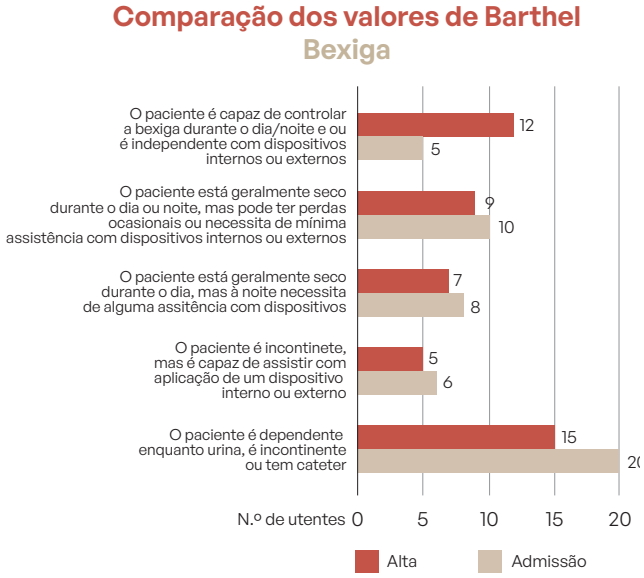


Gráfico 10

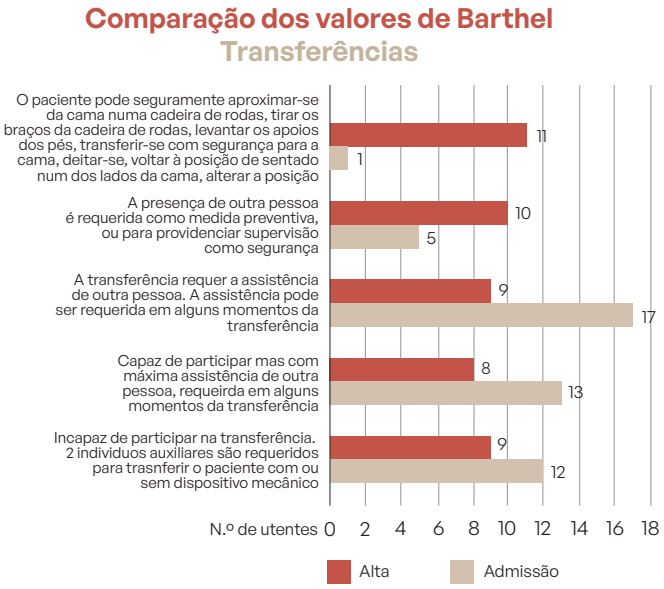
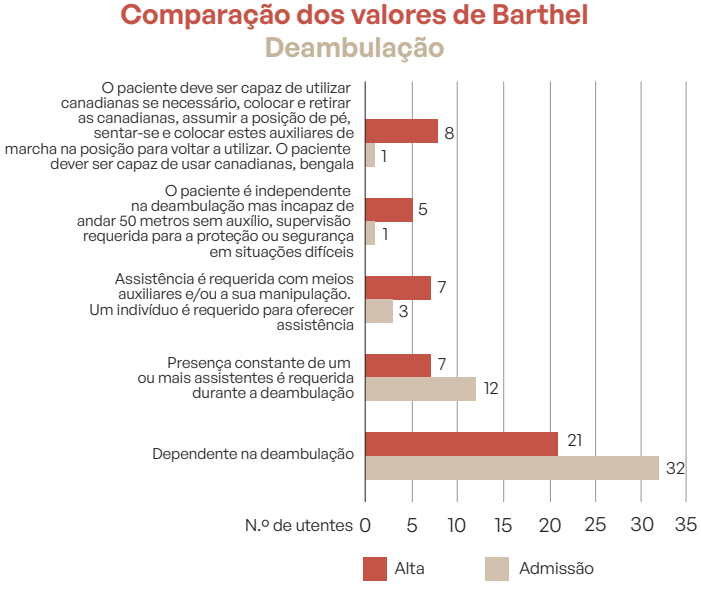


Gráfico 11



número de utentes com total dependência, de 12 para 9 utentes. Na tabela acima apresentada, verifica-se um aumento da média na alta em relação à admissão, de 5,12 para 8,08

O autocuidado “Transferências” é determinante na reabilitação e na execução das restantes tarefas do quotidiano e acompanha um alto nível de satisfação na medida em

que o utente entra em cadeira de rodas ou numa maca e sai pelo próprio pé. Dos utentes em análise, 28 dos 49, apesar de necessitarem de supervisão, saíram capazes de deambular.

Discussão e conclusão

O perfil dos utentes que corresponde a uma idade média de 78 anos e de género maioritariamente feminino corrobora os dados do relatório anual da RNCCI acerca dos utentes que recorrem a este tipo de cuidados.

Conforme reportado em relatório da RNCCI, as doenças cerebrovasculares predominam como diagnóstico principal.

Numa visão global, constata-se que na alta os utentes não ficam totalmente independentes, o que implica alguma preparação do cuidador ou algum tipo de ajuda posterior.

A maioria dos utentes da amostra eram independentes antes do episódio que motivou o internamento.

Este estudo tem interesse na medida em que se verifica que o internamento teve impacto na melhoria da qualidade de vida e autonomia do utente, no entanto, verifica-se que existe necessidade de articular com outras respostas na comunidade porque a pessoa não é independente nos autocuidados.

O papel da equipa multidisciplinar, enfermagem, auxiliares de ação médica, fisioterapia, terapia ocupacional e assistente social foi fundamental para os ganhos e melhorias observadas, assim como uma efetiva articulação, complementaridade e comunicação. De ressalvar também a importância de preparar o cuidador e articular com outras equipas da comunidade. Com este estudo, comprovou-se que o trabalho da equipa multidisciplinar é fundamental e traduz-se em ganhos de funcionalidade nos utentes, verificando-se uma evolução em todas as AVD.

Considera-se que o perfil do utilizador da UMDR, com idade média de 78 anos e uma dependência severa na admissão, condiciona os resultados, no entanto, apesar das melhorias apresentadas, na alta mantêm dependência de terceiros, não atingindo a independência descrita antes do episódio do internamento.

Será, no futuro, relevante analisar dados sobre: competência do cuidador, respostas após alta e necessidades em cuidados pós alta para dar continuidade a este estudo.

Também tem interesse comparar estes dados com a capacidade cognitiva dos utentes admitidos.

Bibliografia

(s.d.).

Araujo F, R. J. (2007). Validação do Indice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. Rev. Port. Saúde Pública, 59-66.

Decreto-Lei. (2006). Decreto-Lei n.º 101/2006. Diário da República. Série I-A Iª Série A. 109, Ministério da Saúde.

Direcção Geral da Saúde, M. d. (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas.

et, S., & et al, S. (2018). Medição da autonomia em atividades da vida diária. Port J Public Health, 9-15.

Instituto da Segurança Social. (Janeiro de 2023). Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados. Guia Prático – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, pp. N37 – v4.24.

Instituto Segurança Social. (agosto de 2011). Recomendações para a Melhoria Contínua; REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS.

ISJD. (2022).

ISJD. (2022). P_03_31.

ISJD. (2023). ISJD.

MAHONEY, F., & BARTHEL, D. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. : the Barthel Index. Mdstmedj, Baltimore, 61-65.

Oliveira, R., & Cacho, E. (2006). Post-stroke motor and functional evaluations: a clinical correlation using Fugl-Meyer assessment scale Berg balance scale and Barthel Index. pp. 731-735.

Incontinência Urinária em pessoas internadas numa Unidade de Cuidados Continuados em Lisboa: um estudo transversal

Autora: **Carolina Germano Fernandes**[1,2]

1 - Fisioterapeuta, Instituto S. João de Deus - Lisboa, 2 - Mestre em Fisioterapia em Saúde Pélvica e da Mulher, Escola Superior de Saúde de Alcoitão

Resumo

Enquadramento teórico: A incontinência urinária (IU) é uma condição com elevada prevalência em adultos mais velhos, com impacto negativo na funcionalidade e qualidade de vida (QdV). Em contexto de internamento, especialmente em unidades de cuidados continuados e reabilitação, fatores como multimorbilidade, imobilização, cirurgias recentes e alterações funcionais podem aumentar o risco de IU. Apesar da relevância clínica, a investigação sobre a prevalência e os fatores clínicos associados à IU em Portugal nesta população permanece escassa. Objetivos: (1) determinar a proporção de pessoas com IU internadas numa Unidade de Cuidados Continuados (UCC) em Lisboa, (2) caracterizar os seus aspetos sociodemográficos e clínicos, (3) analisar a associação entre a QdV relacionada com a saúde e a IU e (4) explorar fatores clínicos associados à presença de IU. Metodologia: Este estudo observacional transversal incluiu 42 participantes internados no Instituto São João de Deus (ISJD) – Lisboa. Foram aplicados um questionário sociodemográfico e clínico, a Escala de Barthel Modificada (EBM), o *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Urinary Incontinence Short Form* – Versão Portuguesa (ICIQ-SF-VP), o *King's Health Questionnaire* (KHQ) e o *World Health Organization Quality of Life: Bref* (WHOQoL-BREF). Foi determinada a proporção de pessoas com e sem sintomas de IU. Estes dois subgrupos foram analisados através de análises descritivas, inferenciais e testes de regressão logística multivariada. O nível de significância considerado foi de $p<0.05$. Resultados: A proporção de participantes com IU foi de 47.6%. A amostra era maioritariamente feminina (61.9%; n=26), com média de 80.0 anos e elevada multimorbilidade (83.3%; n=35). Não foram identificadas diferenças significativas entre IU e as variáveis sociodemográficas, clínicas ou dependência funcional entre os dois subgrupos. Entre as variáveis clínicas, apenas a não realização de cirurgia nos últimos três meses apresentou associação significativa multivariada com a presença de IU (p=0.013; OR=6.304; IC95%=1.464-27.148). Conclusão: Cerca de metade das pessoas admitidas nesta UCC reportou sintomas de IU. Estes resultados destacam a importância desta problemática, a necessidade de abordagens multidisciplinares em cuidados agudos e de reabilitação e de investigação futura com amostras maiores e estudos longitudinais.

Palavras-chave: Incontinência urinária, fisioterapia, qualidade de vida, unidade de cuidados continuados

Abstract

Background: Urinary incontinence (UI) is a prevalent condition among older adults, with negative impacts on functional capacity and quality of life (QoL). In inpatient settings particularly in short-term care and rehabilitation units, factors such as multimorbidity, immobility, recent surgeries, and functional impairments may increase the risk of UI. Despite its clinical relevance, research on the prevalence and determinants of UI in this population in Portugal remains scarce. Aims: (1) to determine the proportion of inpatients with UI in a post-acute care unit in Lisbon; (2) to characterize their sociodemographic and clinical features; (3) to analyze the association between health-related QoL and UI; and (4) to explore clinical factors associated with the presence of UI. Methodology: This cross-sectional observational study included 42 participants admitted to Instituto São João de Deus in Lisbon. A sociodemographic and clinical questionnaire, the Modified Barthel Index, the International Consultation on Incontinence Questionnaire – Urinary Incontinence Short Form, Portuguese Version (ICIQ-SF), the King's Health Questionnaire (KHQ), and the World Health Organization Quality of Life: Bref (WHOQoL-BREF) were administered. The proportion of people with and without UI symptoms was determined. These two subgroups were analyzed using descriptive and inferential analyses and multivariate logistic regression tests. The level of significance was $p<0.05$. Results: The proportion of participants with UI was 47.6%. The sample was predominantly female (61.9%; n=26) with a mean age of 80.0 years and high multimorbidity (83.3%; n=35). No significant associations were identified between UI and sociodemographic, clinical or functional dependency variables. Among the clinical variables, only the absence of surgery performed within the preceding three months showed a significant and independent association with the presence of UI (p=0.013; OR=6.304; 95% CI: 1.464-27.148). Conclusion: Nearly half of

the individuals admitted to this short-term care unit presented symptoms of UI. These findings underscore the clinical relevance of this condition and reinforce the need for multidisciplinary approaches in acute and rehabilitation care settings, as well as for future research using larger samples and longitudinal study designs.
Keywords: *Urinary incontinence, physiotherapy, quality of life, post-acute care unit*

Enquadramento teórico

O envelhecimento da população tem vindo a aumentar mundialmente, estimando-se que, até 2030, uma em cada seis pessoas tenha 60 ou mais anos (World Health Organization, 2024). Em Portugal, o índice de envelhecimento atingiu 192.4 idosos por cada 100 jovens em 2024 (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2025). Neste contexto, a IU, definida como qualquer perda involuntária de urina, constitui uma condição prevalente, particularmente em pessoas mais velhas, com impacto significativo na QdV e a nível económico, social e ambiental (Bernard Haylen, 2023; Bø, 2020; Bishop et al., 2025; AlQuaiz et al., 2023; Krhut et al., 2018; Pizzol et al., 2021).

A IU pode ser classificada em IU de esforço, de urgência e mista (Bø, 2020). A sua prevalência aumenta com a idade, atingindo entre 50.0 a 85.0% dos adultos com mais de 65 anos institucionalizados (Bo, Berghmans, Morkved, & Van Kampen, 2024; Farrés-Godayol et al., 2022). Em Portugal, estima-se uma prevalência de 10.0% nos homens e 20.0% nas mulheres (Bishop et al., 2025), aumentando nas mulheres de 6.3% entre os 18–39 anos para 40.8% entre os 75–85 anos (Manso et al., 2023). Entre os principais fatores de risco encontram-se a idade, sexo, obesidade, alterações dos músculos do pavimento pélvico, comorbilidades, cirurgia pélvica ou prostática, paridade, tipo de parto e menopausa (Batmani et al. 2021; Bø et al., 2024; Tai et al., 2021). Fatores socioeconómicos e baixos níveis de educação também parecem estar associados à presença de sintomas de perda de urina (Manso et al., 2023; Scharp et al., 2025).

A IU pode comprometer significativamente a QdV, estando associada a limitações nas atividades diárias, isolamento social, vergonha, ansiedade e alterações na vida sexual (AlQuaiz et al., 2023; Pizzol et al., 2021; Farrés-Godayol et al., 2022). Apesar do seu impacto, permanece frequentemente sub-diagnosticada e sub-tratada (Bø, 2020; Urology, 2023).

A intervenção conservadora, nomeadamente o treino dos músculos do pavimento pélvico (TMPP), é considerada a abordagem de primeira linha, com benefícios na redução das perdas urinárias e melhoria da QdV (EUA, 2025; Matos et al. 2025; Radzimińska et al., 2018).

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) presta cuidados a pessoas em situação de dependência, sendo a população internada predominantemente constituída por pessoas mais velhas (Serviço Nacional de Saúde, 2021; ACSS, 2019). Pelo nosso conhecimento poucos estudos se têm debruçado sobre a prevalência e o impacto da IU em pessoas internadas em UCC em Portugal. Apenas um estudo realizado no Algarve se debruçou sobre a temática da prevalência da IU (Fontes, AP, Botelho MA, 2011). Neste sentido, torna-se relevante caracterizar a presença de IU, a sua gravidade e impacto na QdV, bem como os fatores sociodemográficos e clínicos associados, nesta população.

Desenho e participantes

Foi realizado um estudo observacional transversal, com recolha de dados entre 21 de março e 13 de agosto de 2025, no ISJD – Lisboa. Foram recrutados adultos internados na RNCCI, em regime de Unidade de Convalescença ou em Reabilitação Física. Foram incluídos participantes com idade igual ou superior a 18 anos que aceitaram participar e assinaram o consentimento informado. Foram excluídos indivíduos com alterações cognitivas notórias, patologia neurológica, infeções urinárias recorrentes ou algaliação no momento da avaliação (P. Abrams et al., 2017).

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Alcoitão e pela Comissão de Ética do ISJD. Todos os participantes forneceram consentimento informado, tendo sido assegurados o anonimato, a confidencialidade e a proteção dos dados.

Variáveis e instrumentos

A presença de IU foi definida através do item "Bexiga/urinar" da Escala de Barthel Modificada (EBM), considerando-se como caso qualquer pontuação diferente de 10 (Araújo et al., 2007). Foram recolhidos dados sociodemográficos e clínicos, incluindo idade, sexo, índice de massa corporal (IMC), comorbilidades, mobilidade, antecedentes cirúrgicos e fatores obstétricos e ginecológicos.

A independência funcional foi avaliada através da EBM, que permite classificar o grau de dependência nas atividades básicas da vida diária, com pontuação entre 0 e 100 (Araújo et al., 2007). A perceção da QdV relacionada com a saúde foi avaliada através do *World Health Organization Quality of*

Life – Bref (WHOQoL-BREF), instrumento validado para a população portuguesa e com propriedades psicométricas adequadas na população idosa (Serra et al., 2006; Goes et al., 2021).

Nos participantes com IU, a presença, frequência, gravidade e tipologia das perdas urinárias foram avaliadas através do *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Urinary Incontinence Short Form* (ICIQ-SF – VP), validado para a população portuguesa (Guerra et al., 2023). O impacto da IU na QdV foi avaliado através do *King's Health Questionnaire* (KHQ) (Viana et al., 2015).

Análise estatística

A análise dos dados foi realizada no IBM SPSS Statistics, versão 30.0. As variáveis categóricas foram descritas através de frequências absolutas e relativas e as variáveis contínuas através da média, desvio-padrão, mínimo e máximo (Mâroco, 2021). A normalidade foi avaliada pelo teste de *Shapiro-Wilk* e, quando necessário, pela análise da assimetria e curtose, considerando-se os critérios de *Kline* (2016). A amostra foi dividida em participantes com e sem IU, de acordo com o item "Bexiga/urinar" da EBM. Para a comparação entre grupos foram utilizados o teste *t* de *Student, Mann-Whitney, Qui-Quadrado de Pearson* ou teste exato de *Fisher*, de acordo com a natureza e distribuição das variáveis. Foi considerado um nível de significância de $p<0.05$ (Mâroco, 2021).

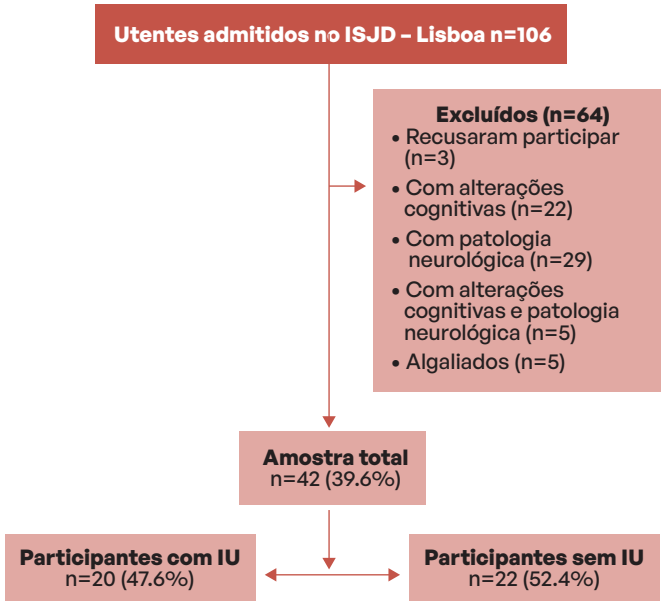
Foram realizadas análises de regressão logística multivariada para avaliar a associação entre a presença de IU, a QdV relacionada com a saúde e outras variáveis sociodemográficas e clínicas. Para avaliar a associação entre IU e QdV, foram considerados "sexo", "idade" e "IMC" como potenciais confundidores (Jerez Roig et al., 2015; Pang et al., 2024; VanderWeele & Shpitser, 2013).

As variáveis associadas ao outcome na análise univariada com $p<0.25$ foram consideradas para inclusão no modelo multivariado (Mâroco, 2021). Os resultados foram apresentados com intervalos de confiança de 95.0%, considerando-se p<0.05 como estatisticamente significativo. A qualidade dos modelos foi avaliada através do R^2 *de Nagelkerke* (Mâroco, 2021).

Resultados

Entre as 106 pessoas admitidas no ISJD – Lisboa entre março e agosto de 2025, 42 (39.6%) cumpriram os critérios de elegibilidade e foram incluídas no estudo (figura 1).

Figura 1: Fluxograma de retenção da amostra



A amostra apresentou uma média de idade de 80.00±10.75 anos, sendo 61.9% (n=26) do sexo feminino. A maioria dos participantes tinha ≥75 anos (66.7%), apresentava IMC normativo (64.3%) e referia ter apoio familiar (92.9%). A cirurgia ortopédica constituiu o principal motivo de admissão (47.6%), seguida de patologia cardíaca/respiratória (31.0%). A multimorbilidade, que se define como a presença de duas ou mais doenças crónicas, estava presente em 83.3% (n=35) dos participantes.

Foram identificados sintomas de IU em 20 participantes (47.6%), de acordo com o item "Bexiga/urinar" da EBM. Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos com e sem IU relativamente às características sociodemográficas, incluindo sexo, idade, IMC, habilitações literárias, apoio familiar e motivo de admissão ($p>0.05$). Relativamente às características clínicas, a hipertensão arterial (HTA) foi a comorbilidade mais prevalente (54.8%), seguida da diabetes mellitus (28.6%). Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa relativamente à realização de cirurgia nos três meses anteriores, sendo esta mais frequente no grupo sem IU (77.3%) do que no grupo com IU (40.0%; $p=0.014$). Não foram identificadas diferenças significativas entre os grupos relativamente à HTA, diabetes mellitus, doença oncológica, história prévia de algaliação, radioterapia ou cirurgia pélvica, multimorbilidade, antecedentes obstétricos ou cirurgia prostática ($p>0.05$). A pontuação média

da EBM foi de 68.21±15.70, correspondendo a dependência funcional ligeira (47.6%). Não foram observadas diferenças significativas entre os dois grupos (p=0.256).

Dos 42 participantes, 40 responderam ao WHOQoL-BREF. O domínio físico apresentou a menor pontuação média (40.80±12.68), enquanto o domínio das relações sociais apresentou a maior (70.63±14.49). A pontuação média do domínio geral da QdV foi de 48.13±17.35 pontos. A comparação entre os dois grupos não revelou diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos domínios do WHOQoL-BREF (p>0.05).

Resultados do grupo com IU

Nos participantes com IU (n=20), a pontuação média do ICIQ-SF-VP foi 11.45±3.56, predominando a IU moderada (50.0%) e severa (45.0%). A IU mista foi o tipo mais frequente (50.0%). As situações mais frequentemente associadas à perda de urina foram "antes de chegar à casa de banho", ao "tossir ou espirrar" e "sem nenhuma razão óbvia".

Relativamente à análise do KHQ, os domínios "Medidas de gravidade dos sintomas", "Perceção geral de saúde" e "Impacto da IU" foram os domínios com pontuação mais elevada e por isso com piores níveis de QdV.

Regressão logística

Para verificar a associação entre a perceção da QdV e a presença ou ausência de IU foi realizado um modelo de regressão logística (Tabela 1), forçando as variáveis "sexo", "idade" e "IMC" como confundidores e a QdV (domínio geral) medida pela WHOQoL-BREF. A análise de regressão logística não demonstrou associação significativa entre a IU e a QdV (p=0.718).

Tabela 1 – Modelo de regressão logística para a presença/ausência de IU com a QdV

Variável	*p*	OR (IC 95%)
Sexoa (masculino)	0.301	0.471 (0.113 – 1.961)
IMCb (sobrepeso+obesidade)	0.219	1.149 (0.921 – 1.435)
Idade	0.981	1.001 (0.940 – 1.065)
WHOQoL-BREF: Domínio geral	0.718	1.007 (0.969 – 1.046)
Constante	0.333	0.032

Legenda: *Classes de Referência – [a]Sexo: feminino; [b]IMC: baixo peso+peso normal. OR – Odds ratio. IC 95% – Intervalo de confiança de 95%. Omnibus test of model coefficients: X2 (4) = 2.192, p=0.700; R^2 de Nagelkerke = 0.071.*

No sentido de perceber se existe associação entre outras variáveis avaliadas durante o internamento e a IU, foi realizado um novo modelo de regressão logística (Tabela 2) com base nos resultados da análise univariada. Só a variável independente cirurgia recente (p=0.017) revelou uma associação univariada estatisticamente significativa para a presença de IU, pelo que foi incluída no modelo. Na análise do modelo, a variável "cirurgia recente" manteve associação estatisticamente significativa com a presença/ausência de IU (p=0.013). A ausência de cirurgia nos últimos três meses apresentou associação com a presença de IU (OR=6.304; IC95%: 1.464–27.148; p=0.013), o que significa que participantes que não foram submetidos a cirurgia nos últimos 3 meses têm 6.3 vezes mais chances de ter IU quando comparado com pessoas que passaram por cirurgia. Contudo, o modelo global não atingiu significância estatística (p=0.053).

Tabela 2 – Modelo de regressão logística para a presença/ausência de IU com a cirurgia recente

Variável	*p*	OR (IC 95%)
Sexoa (masculino)	0.258	0.391 (0.077 – 1.990)
IMCb (sobrepeso+obesidade)	0.114	1.222 (0.953 – 1.566)
Idade	0.874	0.995 (0.932 – 1.062)
Cirurgia recente[c] (não)	0.013	6.304 (1.464 – 27.148)
Constante	0.193	0.008

Legenda: *Classes de Referência – [a]Sexo: feminino; [b]IMC: baixo peso+peso normal; [c]Cirurgia recente: sim. OR – Odds ratio. IC 95% – Intervalo de confiança de 95%. Omnibus test of model coefficients: X^2 (4) = 9.362, p=0.053; R^2 de Nagelkerke = 0.267.*

Discussão

O presente estudo é um dos poucos realizados em Portugal que investigou a proporção e as características da IU em pessoas internadas numa UCC, bem como a sua associação com a QdV, variáveis sociodemográficas e clínicas. Verificou-se que quase metade dos participantes reportou sintomas de IU, resultado semelhante ao descrito por Fontes & Botelho (2011) em adultos com mais de 65 anos anteriormente internados na RNCCI no Algarve. Outros estudos realizados em Espanha e no Brasil apresentaram prevalências de IU de 76.5% e 43.0%, respetivamente (Jerez-Roig et al., 2023; Jerez Roig et al., 2015).

A amostra foi constituída maioritariamente por mulheres, com idade média de 80 anos, peso normal e presença de multimorbilidade, características semelhantes às observadas noutros estudos (Jerez Roig et al., 2015; Tai, Liu, Wang,

& Tan, 2021). Estas características parecem refletir a população portuguesa, considerando a maior esperança média de vida das mulheres, a elevada prevalência de multimorbilidade em pessoas mais velhas e a maior necessidade de internamento neste tipo de unidades (ACSS, 2019; Instituto Nacional de Estatística, 2025; Quinaz Romana et al., 2019).

Relativamente às habilitações literárias, verificou-se uma maior proporção de participantes com o 4.º ano de escolaridade e ensino superior, podendo as diferenças face a outros estudos ser explicadas pelo maior nível de educação em zonas mais urbanizadas como Lisboa (Jerez Roig et al. 2015; Jerez Roig et al., 2023; Pau Farrés-Godayol et al. 2022; Santos et al. 2022).

Na comparação entre participantes com e sem IU, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas variáveis sociodemográficas, embora sexo, idade e IMC sejam descritos como fatores de risco para IU (Jerez Roig et al., 2015; Tai, Liu, Wang, & Tan, 2021; Batmani et al., 2021). Apesar disso, verificou-se maior proporção de mulheres e valores médios de IMC superiores no grupo com IU. A ausência de associação poderá estar relacionada com o reduzido tamanho e homogeneidade da amostra, a categorização das variáveis e a utilização de respostas auto-relatadas.

Também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas relativamente à multimorbilidade, história prévia de algaliação, cirurgia pélvica, antecedentes obstétricos e ginecológicos ou antecedentes prostáticos. Embora estas variáveis sejam descritas na literatura como possíveis fatores de risco, os resultados do presente estudo não confirmaram essas associações (Batmani et al., 2021; Fontes & Botelho, 2011; Pau Farrés-Godayol et al. 2022; Pang et al., 2024; Wolden et al., 2025; Yakıt Ak & Şen, 2025). Nos homens, apenas um participante de cada grupo tinha antecedentes de prostatectomia, não sendo possível estabelecer comparações relevantes (Breyer et al., 2024).

Apesar da ausência de diferenças estatisticamente significativas, os participantes com IU apresentaram maior número de casos de dependência moderada na EBM. Estes resultados aproximam-se dos descritos por Cardoso (2023) e Farrés-Godayol et al. (2022), sendo que este último estudo identificou uma relação estatisticamente significativa entre limitação nas AVD´s e presença de IU.

Relativamente à QdV, os domínios do KHQ mais afetados foram a "medida da gravidade dos sintomas", "a perceção geral de saúde" e "o impacto da IU", enquanto as "relações pessoais" e as "limitações sociais" apresentaram pontuações mais baixas. Os resultados sugerem, assim, maior impacto da IU no bem-estar físico e na perceção de saúde do que na dimensão social. Apesar de não terem sido identificadas diferenças estatisticamente significativas na WHO-QoL-BREF, verificou-se uma tendência para menor QdV física nos participantes com IU, em concordância com Batmani et al. (2021), Farrés-Godayol et al. (2022) e Güler Sönmez et al. (2024). A convergência dos resultados da WHOQoL-BREF e do KHQ reforça a importância da IU enquanto condição relevante para os programas de intervenção da fisioterapia.

Quanto à caracterização dos sintomas, predominou a IU moderada (50.0%, n=10) e severa (45.0%, n=9), sendo a IU mista o tipo mais frequente (50.0%, n=9). Estes resultados diferem dos encontrados por Farrés-Godayol et al. (2022) e Jerez Roig et al. (2015) nos quais predominou a IU de urgência. As diferenças poderão estar relacionadas com a maior complexidade clínica dos participantes internados, nomeadamente multimorbilidade, imobilidade e utilização de medicação específica (Tai, Liu, Wang, & Tan, 2021; Pang et al., 2024; Wolden et al. 2025).

Apesar da literatura apontar para uma relação negativa entre IU e QdV, não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre estas variáveis através da WHOQoL--BREF. A presença de comorbilidades, limitação funcional e dependência nas AVD's poderá ter contribuído para uma QdV globalmente mais baixa, atenuando o impacto específico da IU, tal como referido por Farrés-Godayol et al. (2022).

Na análise das variáveis clínicas, a cirurgia recente foi a única variável que apresentou associação estatisticamente significativa e independente com a presença de IU. No modelo multivariado, após controlo por "idade", "sexo" e "IMC", os indivíduos que não tinham sido submetidos a cirurgia nos últimos três meses apresentaram 6.3 vezes mais chances de apresentar IU. Este resultado contraria a literatura, que estabelece uma relação entre cirurgia recente e IU, nomeadamente devido aos efeitos da anestesia, medicação pós-cirúrgica e da imobilização (Wolden et al. 2025; Batmani et al., 2021; Tai, Liu, Wang, & Tan, 2021; Arroyo-Huidobro et al., 2024; Wainwright et al. 2020). A associação encontrada poderá refletir a influência de fatores confundidores não incluídos no modelo, como funcionalidade, mobilidade, tipo e *timing* das cirurgias. A mobilidade comprometida foi identificada como fator preditor independente de IU num estudo de Hellman--Bronstein et al. (2023). Além disso, a participação dos indivíduos em programas de reabilitação poderá ter favorecido ganhos de mobilidade e funcionalidade capazes de atenuar

alguns fatores associados à IU. Face ao reduzido tamanho da amostra (n=42) e à amplitude do intervalo de confiança (1.464–27.148), os resultados devem ser interpretados com cautela e confirmados em estudos futuros com amostras maiores e controlo de um maior número de confundidores (Hellman-Bronstein et al., 2023; Tai, Liu, Wang, & Tan, 2021).

A regressão logística multivariada não demonstrou associação entre IU e sexo, idade, IMC, habilitações literárias, apoio familiar, multimorbilidade ou dependência funcional. Contudo, a literatura identifica outras variáveis associadas à IU em adultos mais velhos institucionalizados, incluindo doença cardiovascular, HTA, cirurgia pélvica, cirurgia da coluna vertebral, incapacidade funcional, défice cognitivo, utilização de medicação anticolinérgica e risco de sarcopénia (Jerez-Roig et al., 2015; Jerez-Roig et al., 2024; Tai et al., 2021; Pang et al., 2024). Estudos longitudinais também demonstraram uma associação entre fragilidade e maior risco de IU, bem como entre IU e deterioração da QdV (Gan et al., 2025; Veronese et al., 2022). A ausência de associações estatisticamente significativas poderá estar relacionada com a homogeneidade clínica da amostra, caracterizada por idade avançada, multimorbilidade e dependência funcional, reduzindo a variabilidade entre os grupos. Além disso, algumas variáveis relevantes identificadas na literatura, como capacidade cognitiva, utilização de medicação anticolinérgica, sarcopénia, cirurgia à coluna vertebral e estado de fragilidade, não foram avaliadas.

Este estudo apresenta limitações relacionadas com o reduzido tamanho da amostra, possível viés de seleção, recolha de dados num único local e período temporal limitado, o que condiciona a generalização dos resultados. A natureza transversal impede o estabelecimento de relações de causa-efeito. A utilização de questionários de autopreenchimento poderá ainda ter introduzido viés de resposta e de memória, particularmente pela sensibilidade do tema e pela influência de sentimentos de vergonha e ansiedade (AlQuaiz et al., 2023; Pizzol et al., 2021). Além disso, os modelos de regressão logística apresentaram poder explicativo fraco para a QdV e moderado para a cirurgia recente (Mâroco, 2021).

Em síntese, os resultados evidenciam uma elevada prevalência de IU entre adultos mais velhos internados numa UCC, associada a fatores clínicos e funcionais que podem comprometer a autonomia e a QdV. O tratamento conservador é considerado a primeira linha de abordagem para a IU, destacando-se o papel do fisioterapeuta na educação, intervenção nos estilos de vida e TMPP (Bø et al., 2014; EUA, 2025). Assim, os resultados reforçam a importância de uma abordagem multidisciplinar e integrada que inclua a avaliação e tratamento da IU na intervenção da fisioterapia. Recomenda-se a realização de estudos futuros com amostras maiores, multicentro e metodologias longitudinais, permitindo avaliar a evolução dos sintomas durante e após o internamento e desenvolver estratégias de intervenção em fisioterapia direcionadas para a gestão da IU.

Conclusão

Quase metade dos participantes internados numa UCC apresentou sintomas de IU (47.6%), evidenciando a relevância desta condição neste contexto. Não foram identificadas associações significativas entre a IU e as características sociodemográficas, clínicas, funcionalidade ou QdV relacionada com a saúde, embora se tenha observado uma tendência para maior impacto no domínio físico.

A ausência de cirurgia nos três meses anteriores apresentou associação com a presença de IU, embora este resultado deva ser interpretado com cautela devido às limitações da amostra e do desenho do estudo.

Os resultados reforçam a importância da identificação precoce da IU e da sua integração na avaliação e intervenção multidisciplinar, nomeadamente em fisioterapia. Estudos futuros, com amostras maiores e desenho longitudinal, poderão contribuir para esclarecer os fatores associados à IU e avaliar o efeito de intervenções específicas na continência, funcionalidade e QdV.

Referências bibliográficas

ACSS. (2019). Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Amaral, M. O. P., Coutinho, E. C., Nelas, P. A. A. B., Chaves, C. M. B., & Duarte, J. C. (2015). Risk factors associated with urinary incontinence in Portugal and the quality of life of affected women. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 131(1), 82–86. https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.03.041

AlQuaiz, A. M., Kazi, A., AlYousefi, N., Alwatban, L., AlHabib, Y., & Turkistani, I. (2023). Urinary incontinence affects the quality of life and increases psychological distress and low self-esteem. Healthcare, 11, 1772. https://doi.org/10.3390/healthcare11121772

Araújo, F., Pais Ribeiro, J. L., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 25(2), 59–66.

Arroyo-Huidobro, M., López de la Fuente, J., Riera Pagespetit, M., Macho Perez, O., Roig Morera, J., Abelleira López, A. M., & Rodríguez-Molinero, A. (2024). Incidence of urinary incontinence after hip fracture surgery and associated risk factors: A prospective study. BMC Geriatrics, 24(3). https://

doi.org/10.1186/s12877-023-04597-4
Associação Portuguesa de Fisioterapeutas. (2019). Documento de apoio à integração dos fisioterapeutas em cuidados continuados.
Batmani, S., Jalali, R., Mohammadi, M., & Bokaee, S. (2021). Prevalence and factors related to urinary incontinence in older adults women worldwide. BMC Geriatrics, 22(1). https://doi.org/10.1186/s12877-022-03111-6
Bernard Haylen. (2023). International Continence Society – Glossary. https://www.ics.org/glossary/symptom/urinaryincontinence
Bishop, C., Rodriguez-Cairol, F., Hagens, A., Bermudez, M. A., Van Kerrebroeck, P., & Collen, S. (2025). Prevalence, socioeconomic, and environmental costs of urinary incontinence in the European Union. European Urology. https://doi.org/10.1016/j.eururo.2025.05.025
Bø, K. (2020). Physiotherapy management of urinary incontinence in females. Journal of Physiotherapy, 66(3), 147–154. https://doi.org/10.1016/j.jphys.2020.06.011
Bø, K., Berghmans, B., Morkved, S., & Van Kampen, M. (2024). Evidence-based physical therapy for the pelvic floor. Elsevier.
Breyer, B. N., Kim, S. K., Kirkby, E., Marianes, A., Vanni, A. J., & Westney, O. L. (2024). Updates to incontinence after prostate treatment: AUA/GURS/SUFU guideline (2024). The Journal of Urology, 212, 531–538. https://doi.org/10.1097/JU.0000000000004088
Cardoso, L. C. B. (2023). A funcionalidade como elemento preditor numa unidade de convalescença. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
EAU – European Association of Urology. (2023). EAU Guidelines. ISBN 978-94-92671-19-6.
EAU – European Association of Urology. (2025). EAU guidelines on management of non-neurogenic female lower urinary tract symptoms. ISBN 978-94-92671-29-5.
Farrés-Godayol, P., Jerez-Roig, J., Minobes-Molina, E., Yildirim, M., Molas-Tuneu, M., Escribà-Salvans, A., & Giné-Garriga, M. (2022). Urinary incontinence and its association with physical and psycho-cognitive factors. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(3). https://doi.org/10.3390/ijerph19031500
Fontes, A. P., Botelho, M. A., & Fernandes, A. (2011). Incontinência urinária e funcionalidade: Um estudo exploratório numa população idosa. Acta Urológica, 28(2), 12–19.
Frawley, H., Shelly, B., Morin, M., Bernard, S., Bø, K., Digesu, G. A., … Voelkl Guevara, J. (2021). An ICS report on terminology for pelvic floor muscle assessment. Neurourology and Urodynamics, 40(5), 1217–1260. https://doi.org/10.1002/nau.24658
Gan X, Meng L, Cao S, Bai H, Li X (2025) Impact of frailty and its change on urinary incontinence: A longitudinal analysis from two prospective study of ageing. PLoS One 20(8): e0330062. https://doi.org/10.1371/ journal. pone.0330062
Goes, M., Lopes, M., Marôco, J., Oliveira, H., & Fonseca, C. (2021). Propriedades psicométricas do WHOQOL-BREF(PT) numa amostra de cidadãos idosos. Health and Quality of Life Outcomes, 19(1), 146. https://doi.org/10.1186/s12955-021-01783-z
Güler Sönmez, T., Uğraş, E., Gül Şahin, E., Fidanci, I., Aksoy, H., & Ayhan Başer, D. (2024). The prevalence of incontinence and its impact on quality of life. Medicine, 103(52), e41108. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000041108
Hellman-Bronstein, A. T., Luukkaala, T. H., Ala-Nissilä, S. S., Kujala, M. A., & Nuotio, M. S. (2023). *Urinary and double incontinence in older women with hip fracture: Risk of death and predictors of incident symptoms among survivors in a 1-year prospective cohort study. Archives of Gerontology and Geriatrics, 107*, 104901. https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104901
Instituto Nacional de Estatística. (2025). Tábuas de mortalidade para Portugal 2022–2024.
Jerez Roig, J., de Souza, D. L. B., & Lima, K. C. (2015). Urinary incontinence in institutionalized elderly: Prevalence and impact on quality of life. Fisioter. Mov., 28(3), 583–596. http://dx.doi.org.10.1590/0103-5150.028.003.AO17
Jerez-Roig, J., Farrés-Godayol, P., Yildirim, M., Escribà-Salvans, A., Moreno-Martin, P., Goutan-Roura, E., & Minobes-Molina, E. (2023). Prevalence of urinary incontinence and associated factors in nursing homes. BMC Geriatrics, 23(1), 280. https://doi.org/10.1186/s12877-024-04748-1
Kline, R. B. (2016). Principles and practice of structural equation modeling (4th ed.). Guilford Press.
Krhut, J., Gärtner, M., Mokris, J., Horcicka, L., Svabik, K., Zachoval, R., … Zvara, P. (2018). Effect of severity of urinary incontinence on quality of life in women. Neurourology and Urodynamics, 37(6), 1925–1930. https://doi.org/10.1002/nau.23568
Marôco, J. (2021). Análise estatística com o SPSS Statistics (8.ª ed.). ReportNumber. ISBN 978-989-96763-7-4
Manso, M., Botelho, F., Bulhões, C., Cruz, F., & Pacheco-Figueiredo, L. (2023). Self-reported urinary incontinence in women is higher with increased age, lower educational level, lower income, number of comorbidities, and impairment of mental health: Results of a large, population-based, national survey in Portugal. Springer-Verlag GmbH Germany, part of Springer Nature.
Matos, E., Pires, T., Santos, F., Pires, P., Viana, S., & Viana, R. (2025). Effects of physiotherapy on pelvic function and quality of life in women with urinary incontinence – a systematic review. Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health, 2(26), e36183
Pizzol, D., Demurtas, J., Celotto, S., Maggi, S., Smith, L., Angiolelli, G., & Veronese, N. (2021). Urinary incontinence and quality of life: A systematic review and meta-analysis. Aging Clinical and Experimental Research, 33(1), 25–35, https://doi.org/10.1007/s40520-020-01712-y
Quinaz Romana, G., Kislaya, I., Salvador, M. R., Gonçalves, S. C., Nunes, B., & Dias, C. (2019). Multimorbilidade em Portugal. Acta Médica Portuguesa, 32(1), 30–37. https://doi.org/10.20344/amp.11227
Radzimińska, A., Strączyńska, A., Weber-Rajek, M., Styczyńska, H., Strojek, K., & Piekorz, Z. (2018). The impact of pelvic floor muscle training on the quality of life of women with urinary incontinence: a systematic literature review, 13, 957–965. https://doi.org/10.2147/CIA.S160057
Santos, A. J., Braz, P., Gomez, V., Folha, T., Alves, T., & Dias, C. M. (2022). Envelhecimento e Saúde. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
Scharp, D., Hobensack, M., Song, J., Intrator, O., Mohamed, N., Zhang, W., & Topaz, M. (2025). Adverse social determinants of health and urinary incontinence among older adult women. JAMDA. 10.1016/j.jamda.2025.105819
Serviço Nacional de Saúde. (2021). Cuidados Continuados. https://www.sns.gov.pt/sns-saude-mais/cuidados-continuados/
Tai, H., Liu, S., Wang, H., & Tan, H. (2021). Determinants of urinary incontinence among the elderly. Frontiers in Public Health, 9, 788642. https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.788642
Tunn, R., Baessler, K., Knüpfer, S., & Hampel, C. (2019). Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women. Deutsches Ärzteblatt International, 120(5), 71–80. https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0406
Urology – European Association of Urology. (2023). Annual economic burden of urinary incontinence. https://uroweb.org/press-releases/
VanderWeele, T. J., & Shpitser, I. (2013). On the definition of a confounder. Annals of Statistics, 41(1), 196–220. https://doi.org/10.1214/12-AOS1058
Veronese, N., Smith, L., Pizzol, D., Soysal, P., Maggi, S., Ilie, P.-C., Dominguez, L. J., & Barbagallo, M. (2022). *Urinary incontinence and quality of life: A longitudinal analysis from the English Longitudinal Study of Ageing. Maturitas*, 160, 11–15. https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2022.01.010
Wainwright, T. W., Gill, M., McDonald, D. A., Middleton, R. G., Reed, M., Sahota, O., Ljungqvist, O. (2020). Consensus statement for perioperative care in total hip/knee replacement. Acta Orthopaedica, 91(1), 3–19. DOI 10.1080/17453674.2019.1683790
Wolden, M., Khanna, S., New, C., et al. (2025). Urinary incontinence after total hip arthroplasty. Cureus, 17(4), e82590. https://doi.org/10.7759/cureus.82590
Yakıt Ak, E., & Şen, M. A. (2025). Menopause, urinary incontinence prevalence and impact on healthy living. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 310, 113987. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2025.113987

Quando o cérebro comunica com a máquina: interfaces cérebro-máquina na reabilitação após AVC e lesão medular

Autores: **Marta R. Torres**[1,2], **Miguel Pais-Vieira**[2]

1 – Centro de Reabilitação do Norte, Unidade Local de Saúde Gaia Espinho 2 – iBiMED – Instituto de Biomedicina, Departamento de Ciências Médicas, Universidade de Aveiro

Resumo

As interfaces cérebro-máquina (BMI) constituem uma área emergente de inovação tecnológica na reabilitação neurológica, com potencial para compensar funções perdidas e promover mecanismos de recuperação e neuroplasticidade. Este artigo apresenta uma perspetiva sobre a aplicação das BMI na reabilitação do acidente vascular cerebral (AVC) e da lesão medular, abordando a utilização de imagética motora, realidade virtual, estimulação elétrica, dispositivos robóticos e *feedback* multissensorial. É também apresentada a investigação desenvolvida em Portugal, incluindo trabalhos na reabilitação motora após AVC e na utilização de sistemas multimodais em pessoas com lesão medular. Para além da eficácia e do desempenho técnico, a implementação clínica destas tecnologias depende da forma como são experienciadas pelos seus utilizadores. Neste contexto, descreve-se uma exploração qualitativa realizada com sete participantes saudáveis, com idades entre os 40 e os 76 anos, que utilizaram uma BMI não invasiva baseada em EEG, imagética motora, realidade virtual imersiva e estimulação elétrica. A experiência evidenciou a importância das expectativas, da sensação de controlo e da congruência entre intenção motora e resposta do sistema, tendo também surgido preocupações relacionadas com privacidade, autonomia e potencial utilização indevida da tecnologia. Embora estes resultados não possam ser diretamente extrapolados para pessoas com patologia neurológica, reforçam a importância de integrar a perspetiva do utilizador desde as primeiras fases do desenvolvimento tecnológico. A inovação em reabilitação deverá assim conjugar avanço tecnológico, evidência clínica e necessidades das pessoas a quem estas soluções se destinam.

Palavras-chave: Interfaces cérebro-máquina; Reabilitação neurológica; Inovação tecnológica; Acidente vascular cerebral; Lesão medular; Experiência do utilizador.

Abstract

Brain–machine interfaces (BMI) represent an emerging field of technological innovation in neurological rehabilitation, with the potential both to compensate for lost functions and to promote mechanisms of recovery and neuroplasticity. This article provides an overview of BMI applications in stroke and spinal cord injury rehabilitation, including motor imagery, virtual reality, electrical stimulation, robotic devices, and multisensory feedback. Research conducted in Portugal is also presented, including studies addressing motor rehabilitation after stroke and multimodal systems for people with spinal cord injury. Beyond efficacy and technical performance, the clinical implementation of these technologies depends on how they are experienced by their users. In this context, we describe a qualitative exploration involving seven healthy participants aged 40 to 76 years who used a non-invasive EEG-based BMI combining motor imagery, immersive virtual reality, and electrical stimulation. Their experience highlighted the importance of expectations, perceived control, and congruence between motor intention and system response, while also raising concerns regarding privacy, autonomy, and the potential misuse of the technology. Although these findings cannot be directly extrapolated to people with neurological conditions, they reinforce the importance of incorporating the user perspective from the earliest stages of technological development. Innovation in rehabilitation should therefore combine technological advancement and clinical evidence with the needs of the people for whom these solutions are ultimately intended.

Keywords: *Brain–machine interfaces; Neurological rehabilitation; Technological innovation; Stroke; Spinal cord injury; User experience.*

Introdução

As doenças neurológicas são uma das principais causas de morte e incapacidade no mundo e acarretam um custo elevado para os doentes, famílias, cuidadores e a sociedade em geral (Gustavsson et al., 2011).

Entre as patologias com maior impacto funcional, encontram-se o acidente vascular cerebral (AVC) e a lesão medular. Os avanços no tratamento dos doentes com AVC na fase aguda permitiram reduzir significativamente a mortalidade

(Kruse et al., 2020). No entanto, muitos dos sobreviventes permanecem com algum grau de incapacidade. As sequelas podem envolver múltiplos domínios, incluindo alterações motoras e sensitivas, da linguagem e comunicação, deglutição, cognição, visão, equilíbrio e marcha, com repercussões variáveis na funcionalidade e participação. Entre as alterações motoras, o compromisso do membro superior é frequente e assume particular relevância. Estima-se que 55 a 75% dos doentes que sobrevivem a um AVC apresentem disfunção motora do membro superior de gravidade variável (Liu et al., 2023). Esta limitação pode comprometer a sua autonomia nas atividades de vida diária (AVD). A abordagem convencional da reabilitação do membro superior após AVC inclui habitualmente treino orientado para tarefas, exercícios de fortalecimento muscular, treino somatossensorial, exercícios de amplitude articular e treino de AVD. Doentes selecionados podem também beneficiar de terapia de movimento induzido por restrição, na sua forma convencional ou modificada (Winstein et al., 2016). Ainda assim, aproximadamente 30% dos sobreviventes apresentam défices motores crónicos (Mane et al., 2020). Além disso, os doentes com défice motor grave do membro superior frequentemente não apresentam o movimento voluntário mínimo necessário para a realização das intervenções convencionais de reabilitação.

A lesão medular está frequentemente associada a comprometimento de funções motoras, sensitivas, vesicais, gastrointestinais e sexuais, para além de redução de qualidade de vida. Mesmo tendo acesso aos melhores e mais adequados programas de reabilitação, os doentes que sofreram lesão medular na maioria das situações apresentam sequelas para toda a vida.

Existe, assim, uma necessidade premente de desenvolver novas estratégias de reabilitação que sejam capazes de potenciar a recuperação ou compensar funções perdidas nestas patologias.

Enquanto abordagem relativamente recente no âmbito da reabilitação, as interfaces cérebro-máquina (*brain-machine interfaces*, BMI), também frequentemente denominadas de interfaces cérebro-computador (*brain-computer interfaces*, BCI), têm suscitado um interesse considerável. As BMI são uma forma de "traduzir" atividade cerebral e transformá-la em comandos dirigidos a dispositivos externos (Figura 1).

As BMI podem ser invasivas ou não invasivas. As BMI semi-invasivas utilizam elétrodos implantados cirurgicamente sobre ou junto à superfície do córtex cerebral, por exemplo, em posição epidural ou subdural, sem penetrar no parênquima cerebral. Esta abordagem permite obter sinais com maior resolução e fidelidade, mas implica os riscos associados à intervenção cirúrgica e a possibilidade de complicações pós-operatórias. Adicionalmente, a qualidade e estabilidade do sinal podem diminuir ao longo do tempo, nomeadamente devido à resposta inflamatória e glial do tecido cerebral em torno dos elétrodos. As BMI não invasivas apresentam menor resolução espacial, mas têm uma disponibilidade maior e são mais seguras. O eletroencefalograma (EEG) constitui a modalidade de aquisição de sinal mais utilizada, devido ao seu baixo custo, elevada resolução temporal e portabilidade (Mansour et al., 2022). Para além do EEG, outras técnicas não invasivas podem ser utilizadas para detetar alterações da atividade cerebral em sistemas BMI. A espectroscopia funcional no infravermelho próximo (*functional near-infrared spectroscopy*, fNIRS) mede indiretamente a atividade neuronal através das alterações da oxigenação sanguínea cerebral e apresenta como vantagens a portabilidade, relativa tolerância ao movimento e possibilidade de utilização em simultâneo com outras modalidades, nomeadamente o EEG. A sua resolução temporal é, contudo, inferior à do EEG, uma vez que depende da resposta hemodinâmica. A magnetoencefalografia (MEG), que regista os campos magnéticos produzidos pela atividade neuronal, permite melhor resolução espacial do que o EEG, mas requer equipamento dispendioso e pouco portátil, limitando a sua utilização em contexto de reabilitação. Também a ressonância magnética funcional (*functional magnetic resonance imaging*, fMRI), baseada nas alterações do sinal dependentes da oxigenação sanguínea, permite identificar com elevada resolução espacial as áreas cerebrais ativadas durante uma determinada tarefa e pode ser utilizada em sistemas de *neurofeedback* em tempo real. No entanto, o custo, a baixa portabilidade, as restrições impostas pelo equipamento e a menor resolução temporal tornam pouco prática a sua utilização em programas regulares de reabilitação. Existem ainda sistemas híbridos que combinam diferentes modalidades, particularmente EEG e fNIRS, procurando aproveitar a elevada resolução temporal do primeiro e a informação hemodinâmica fornecida pelo segundo.

As BMI podem ainda ser classificadas como ativas, quando requerem esforço mental consciente do utilizador, passivas, quando monitorizam estados mentais sem intervenção ativa do utilizador (por ex. carga cognitiva ou atenção)

ou reativa em que o utilizador responde a estímulos externos e que é frequentemente usada em meios de comunicação alternativa/aumentada.

No campo da reabilitação, as BMI são utilizadas maioritariamente com dois objetivos: substituir ou compensar funções perdidas, permitindo a comunicação (por exemplo, na síndrome de *locked-in*), a mobilidade (como através do controlo de braços robóticos) ou uma maior autonomia (por exemplo, através do controlo de casas inteligentes); ou integrar o programa de reabilitação, procurando restaurar a função perdida ou potenciar a funcionalidade remanescente.

Nas aplicações orientadas para a recuperação motora, predominam as BMI ativas, nas quais o utilizador realiza voluntariamente uma tarefa mental, procurando modular o ritmo sensoriomotor associado à atividade das áreas corticais sensoriais e motoras. Para desencadear alterações nos ritmos da atividade cortical passíveis de serem detetadas por EEG, pode ser solicitado aos doentes que imaginem um movimento (imagética motora), observem um movimento, ou que tentem executar esse movimento (intenção motora) (Fu et al., 2023). Embora através de mecanismos parcialmente distintos, estas tarefas recrutam redes corticais envolvidas na preparação e execução do movimento, permitindo ativar o sistema motor mesmo na ausência de movimento efetivo. A neuroplasticidade corresponde à capacidade do sistema nervoso de modificar a sua organização e funcionamento em resposta à experiência, aprendizagem ou lesão, através da reorganização das suas redes e conexões neuronais. A ativação repetida e coordenada destas redes, particularmente quando associada a um *feedback* congruente com a intenção motora, poderá favorecer mecanismos de neuroplasticidade dependentes da atividade, de acordo com os princípios da plasticidade Hebbiana, frequentemente sintetizados pela expressão "neurónios que disparam juntos conectam-se juntos". A repetição deste ciclo ao longo do treino poderá, assim, reforçar as conexões das redes sensoriomotoras e contribuir para a recuperação funcional.

No AVC, as BMI têm sido utilizadas sobretudo com o objetivo de promover a recuperação motora, particularmente do membro superior, associando a intenção ou imagética motora a diferentes formas de *feedback*, como realidade virtual, estimulação elétrica funcional ou dispositivos robóticos. Esta associação procura reforçar a ativação das redes sensoriomotoras e favorecer mecanismos de neuroplasticidade. A evidência disponível sugere benefícios na recuperação motora, tanto na fase subaguda como crónica, embora exista ainda uma elevada heterogeneidade entre os estudos relativamente às características dos doentes, protocolos utilizados e modalidades de *feedback* (Cervera et al., 2018).

Na lesão medular, programas de reabilitação que combinam BMI com realidade virtual, exoesqueletos, estimulação elétrica e *feedback* sensorial têm demonstrado potencial não apenas para substituir funções perdidas, como a marcha, mas também para promover efeitos de neuroplasticidade benéficos. Foram descritas melhorias motoras e sensitivas,

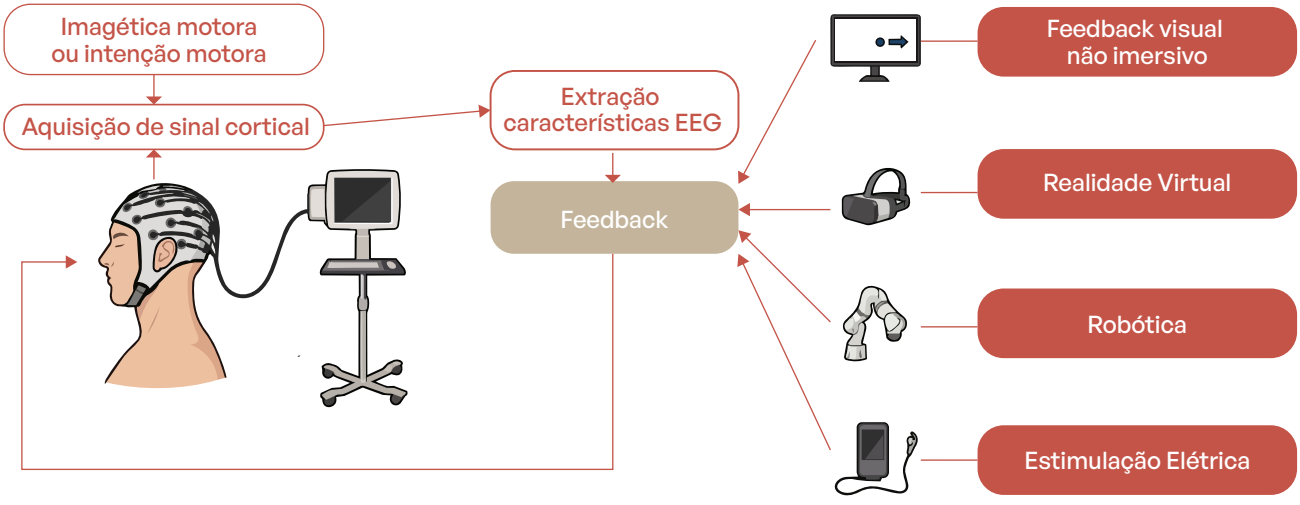


Figura 1 – Exemplo esquemático de dispositivos de interface cérebro-máquina utilizados para efeitos de reabilitação. EEG – eletroencefalograma

bem como das funções sexual, intestinal e urinária, embora os mecanismos responsáveis por estes efeitos permaneçam ainda por esclarecer (Donati et al., 2016; Pais-Vieira et al., 2022; Shokur et al., 2018).

Entre as vantagens dos sistemas BMI, encontra-se a possibilidade de adaptar o tratamento às capacidades individuais de cada doente, bem como a possibilidade da sua utilização mesmo na ausência de movimento voluntário.

Interfaces cérebro-máquina em Portugal: da investigação à aplicação clínica

Em Portugal, a investigação na área das interfaces cérebro-máquina em reabilitação tem acompanhado a evolução internacional destas tecnologias, envolvendo equipas multidisciplinares das áreas das neurociências, engenharia e reabilitação. Embora a sua utilização permaneça essencialmente no domínio da investigação, existem já trabalhos desenvolvidos em pessoas com patologia neurológica, nomeadamente AVC e lesão medular.

Uma das linhas de investigação tem sido desenvolvida na Universidade da Madeira por Sergi Bermúdez i Badia e colaboradores. Em 2013, este grupo publicou um sistema que combinava BMI e realidade virtual, utilizando atividade motora e imagética motora com o objetivo de monitorizar e promover a reorganização cortical (Bermúdez I Badia et al., 2013). Esta linha evoluiu posteriormente para a aplicação de sistemas de realidade virtual imersiva controlados através de BMI em pessoas com AVC.

Mais recentemente, numa colaboração entre a Universidade da Madeira, o Instituto Superior Técnico e o Hospital Central do Funchal, Vourvopoulos e colaboradores estudaram os efeitos de um programa de treino com BMI e realidade virtual imersiva em pessoas com AVC crónico. O sistema permitia que a imagética motora fosse traduzida, em tempo real, no movimento de membros virtuais, procurando criar uma experiência congruente entre a intenção de movimento e o *feedback* visual recebido (Vourvopoulos et al., 2024). A mesma equipa investigou também, em participantes saudáveis, os padrões de ativação cerebral associados a uma tarefa de realidade virtual baseada no paradigma utilizado neste sistema. Durante a realização de imagética motora do movimento de remar, acompanhada pela observação do movimento correspondente do membro virtual, a atividade cerebral foi avaliada através de ressonância magnética funcional. Esta tarefa combinando imagética e observação motora recrutou, para além das regiões somatomotoras e pré-motoras, extensas áreas parietais e occipitais, demonstrando que a utilização de realidade virtual pode envolver redes cerebrais mais amplas do que a imagética motora isolada (Nunes et al., 2023).

Esta linha de investigação continuou a desenvolver-se. Num estudo publicado em 2026, foram estudadas 14 pessoas com AVC crónico, nove das quais submetidas a uma intervenção de quatro semanas com BMI e realidade virtual, enquanto cinco integraram o grupo de controlo. A amplitude da dessincronização relacionada com o evento (ERD) medida por EEG no início do programa mostrou capacidade para predizer a melhoria motora, sugerindo que este tipo de biomarcador poderá futuramente contribuir para identificar os doentes com maior probabilidade de beneficiar destas intervenções e para personalizar os programas de reabilitação (Valente et al., 2026).

Uma segunda linha de investigação nacional tem explorado particularmente a importância do feedback sensorial e da integração entre o cérebro, a máquina e o corpo. Miguel Pais-Vieira, da Universidade de Aveiro, Carla Pais-Vieira, da Universidade Católica Portuguesa, e colaboradores têm desenvolvido trabalhos nesta área, nomeadamente em pessoas com lesão medular.

Num destes trabalhos, uma pessoa com lesão medular utilizou a imagética motora dos membros inferiores para controlar um avatar num ambiente de realidade virtual, recebendo simultaneamente feedback visual, auditivo, tátil e térmico congruente com aquilo que ocorria no ambiente virtual. O participante conseguiu controlar a BMI acima do nível esperado pelo acaso e chegou a relatar sensações nos pés relacionadas com os estímulos apresentados no ambiente virtual (Pais-Vieira et al., 2022, 2024; Tomás et al., 2026). Estes resultados ilustram uma característica particularmente interessante das BMI: a possibilidade de não se limitarem à transmissão de informação do cérebro para a máquina, mas procurarem também devolver ao utilizador informação sensorial coerente com a ação realizada.

A importância desta informação sensorial relaciona-se também com o conceito de *embodiment*, ou sentido de incorporação: a experiência de sentir um membro ou corpo virtual como fazendo parte do próprio corpo. Numa revisão sistemática publicada em 2023, Tomás, Miguel Pais-Vieira e Carla Pais-Vieira analisaram a contribuição das diferentes modalidades de *feedback* sensorial para o *embodiment* durante a utilização de BMI, salientando o potencial da estimulação multissensorial para melhorar a interação do uti-

lizador com estes sistemas (Tomás et al., 2023).
A investigação deste grupo em pessoas com lesão medular prosseguiu com a utilização prolongada de uma BMI que combinava imagética motora, realidade virtual e *feedback* multimodal. Num estudo de caso publicado em 2024, numa pessoa com lesão medular completa a nível torácico, foram observados movimentos rítmicos involuntários dos membros inferiores durante a utilização do sistema, levantando a hipótese de que o treino repetido com BMI possa influenciar circuitos sensoriomotores preservados abaixo da lesão. Tratando-se de um estudo de caso, estes resultados devem naturalmente ser interpretados com prudência, mas constituem um exemplo das questões atualmente exploradas pela investigação portuguesa nesta área (Pais-Vieira et al., 2024).
Os trabalhos desenvolvidos em Portugal ilustram, assim, duas tendências importantes na evolução das interfaces cérebro-máquina aplicadas à reabilitação. Por um lado, a utilização da imagética motora associada a realidade virtual imersiva e a procura de biomarcadores capazes de identificar os doentes com maior potencial de resposta, particularmente no AVC. Por outro, o desenvolvimento de sistemas progressivamente mais multimodais, que procuram restabelecer não apenas uma via de comunicação entre o cérebro e um dispositivo externo, mas uma verdadeira interação sensoriomotora entre o cérebro, a máquina e o corpo.
Apesar destes avanços, a evidência encontrada corresponde predominantemente a investigação experimental, estudos piloto e estudos de caso. A passagem das BMI do laboratório para a utilização regular nos programas de reabilitação continuará a depender da demonstração da sua eficácia em populações maiores, mas também da capacidade de desenvolver sistemas suficientemente robustos, acessíveis e fáceis de utilizar no contexto clínico.

A tecnologia vista por quem a utiliza: experiência de participantes saudáveis

A reabilitação tem uma relação particularmente exigente com a inovação. Uma tecnologia pode ser sofisticada, produzir sinais precisos e funcionar de forma irrepreensível em laboratório, mas continuar a ter pouco valor se não responder a uma necessidade clínica concreta ou se a pessoa não conseguir, não quiser ou não compreender como utilizá-la. Na reabilitação, o resultado não depende apenas do dispositivo. Depende da interação continuada entre a pessoa, a equipa, a tarefa, o ambiente e a tecnologia. A Organização Mundial da Saúde define a reabilitação como um conjunto de intervenções destinadas a otimizar a funcionalidade e a reduzir a incapacidade na relação entre a pessoa e o seu contexto (World Health Organization, 2024). Esta definição ajuda a situar a inovação: o objetivo não é introduzir tecnologia por si mesma, mas melhorar a atividade, a participação, a autonomia e a qualidade de vida.
A forma como novas tecnologias são percecionadas e experienciadas pelos utilizadores pode condicionar a motivação, a adesão ao tratamento e, consequentemente, a sua futura aplicação clínica. Nas BMI esta questão assume particular relevância, uma vez que o utilizador participa ativamente no funcionamento do próprio sistema e tem de aprender a estabelecer uma relação entre uma tarefa mental e a resposta produzida pela interface.
No âmbito do desenvolvimento de uma BMI destinada à reabilitação motora após AVC, realizámos uma exploração qualitativa da experiência de sete participantes saudáveis, com idades entre os 40 e os 76 anos (40, 43, 44, 46, 73, 75 e 76 anos) no Centro de Reabilitação do Norte, Unidade Local de Gaia Espinho, sob supervisão e em colaboração com o Prof. Miguel Pais-Vieira e a Universidade de Aveiro. A inclusão de participantes de faixas etárias mais avançadas foi intencional, procurando explorar a perceção e interação com a tecnologia em idades em que a incidência de AVC é mais elevada. O objetivo não foi reproduzir a experiência de pessoas com AVC, mas perceber se a idade e uma eventual menor familiaridade com este tipo de tecnologia poderiam constituir obstáculos à sua utilização.
O sistema combinava EEG, imagética motora de movimentos do punho e dedos, realidade virtual imersiva e diferentes modalidades de *feedback* sensorial administrado através de estimulação elétrica. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas antes e após a utilização da BMI, explorando o conhecimento e contacto prévios com esta tecnologia, as expectativas, a experiência de utilização e perceção do desempenho, a sensação de controlo e ligação ao dispositivo e, finalmente, as questões éticas e possíveis implicações futuras da tecnologia.
Antes da experiência, o conhecimento sobre BMI era reduzido e frequentemente associado a referências provenientes dos meios de comunicação ou da ficção científica. O contacto direto com o dispositivo permitiu substituir algumas destas representações abstratas por uma experiência concreta. De uma forma geral, as expectativas dos participantes foram cumpridas e a tecnologia foi bem tolerada.

Particularmente relevante para a futura aplicação clínica, os participantes de maior idade não relataram maiores dificuldades ou desconforto com a utilização da BMI do que os mais jovens. Embora a dimensão da amostra não permita estabelecer comparações entre grupos etários, esta observação sugere que a idade, por si só, não deve ser assumida como uma barreira à utilização deste tipo de tecnologia.

A experiência mostrou também que a interação com uma BMI é mais complexa do que a simples distinção entre gostar ou não gostar da tecnologia. Interesse e motivação podiam coexistir com estranheza ou algum desconforto.

A sensação de controlo assumiu particular importância: quando existia correspondência entre a intenção do participante e a resposta produzida pelo sistema, a interação era mais facilmente compreendida como sendo controlada pelo próprio. Esta perceção aproxima-se do conceito de *sense of agency*, ou sensação de ser o autor de uma determinada ação, uma das dimensões relevantes para o *embodiment* durante a interação com um corpo ou membro virtual. A congruência entre intenção motora e feedback visual e sensorial poderá, assim, contribuir para reforçar esta sensação de controlo e de ligação ao corpo virtual (Tomás et al., 2023, 2026).

Pelo contrário, uma resposta inesperada ou a ausência da resposta pretendida podia gerar incerteza relativamente ao desempenho individual ou ao funcionamento da interface.

Surgiram também preocupações que ultrapassavam a experiência imediata com o dispositivo. Os participantes refletiram sobre as possíveis consequências de uma utilização futura das BMI, nomeadamente no que respeita à privacidade, autonomia individual e possibilidade de utilização indevida da tecnologia. Um dos participantes salientou a importância de: "manter no fundo a liberdade da pessoa poder utilizar o seu pensamento, o seu cérebro, o seu raciocínio, as suas memórias e poder manter isso tudo como privado e que isso não possa ser usado contra ela".

Outro considerou que o desenvolvimento destas tecnologias deveria ser acompanhado de legislação e reflexão ética que impedissem uma: "invasão daquilo que é a pessoa".

Foi ainda estabelecido um paralelismo com a evolução das redes sociais: tecnologias inicialmente relativamente simples podem progressivamente adquirir novas capacidades, acumular informação e ser utilizadas de formas que os seus utilizadores não antecipavam inicialmente. Estas preocupações são particularmente interessantes porque ocorreram perante uma BMI não invasiva relativamente simples, destinada apenas a reconhecer padrões específicos de atividade cerebral associados à imagética motora. O sistema utilizado não tinha capacidade para ler pensamentos ou aceder a memórias. Existe, portanto, uma diferença importante entre as capacidades efetivas da tecnologia e aquilo que os utilizadores receiam que tecnologias deste tipo possam vir a permitir no futuro.

Naturalmente, a experiência de participantes saudáveis não pode ser diretamente extrapolada para pessoas com AVC ou outras patologias neurológicas. Num contexto clínico, fatores como défices motores e cognitivos, fadiga, alterações emocionais e a própria expectativa de recuperação poderão modificar substancialmente a relação com a tecnologia. Ainda assim, esta exploração permitiu identificar aspetos que uma avaliação baseada exclusivamente em indicadores quantitativos dificilmente revelaria e que devem ser considerados no desenvolvimento de futuros sistemas. Compreender as expectativas, dificuldades e preocupações das pessoas que utilizam uma BMI pode contribuir para desenvolver sistemas mais intuitivos, confortáveis e aceitáveis e, em última análise, facilitar a sua integração nos programas de reabilitação.

Conclusão

As interfaces cérebro-máquina são um exemplo particularmente representativo da inovação tecnológica aplicada à reabilitação. Ao estabelecerem uma ligação direta entre a atividade cerebral e uma resposta externa, permitem não apenas imaginar novas formas de compensar funções perdidas, mas também desenvolver intervenções que procuram atuar sobre os próprios mecanismos de recuperação e neuroplasticidade. A investigação desenvolvida em Portugal acompanha esta evolução, com trabalhos nas áreas do AVC e lesão medular, realidade virtual, *feedback* multissensorial e embodiment.

Contudo, inovar em reabilitação não significa apenas desenvolver tecnologias mais sofisticadas. A verdadeira inovação clínica ocorre quando uma nova tecnologia consegue responder a uma necessidade concreta, demonstrar benefício e ser integrada de forma segura e exequível nos programas de reabilitação. No caso das BMI, isso implicará ultrapassar desafios relacionados com a robustez e a facilidade de utilização dos sistemas, identificar os doentes que mais poderão beneficiar e compreender os efeitos da sua utilização a longo prazo.

A experiência dos utilizadores deverá fazer parte deste processo desde as primeiras fases de desenvolvimento. A nossa exploração com participantes saudáveis mostrou que a interação com uma BMI envolve não apenas desempenho e tolerabilidade, mas também expectativas, sensação de controlo, compreensão da tecnologia e preocupações relacionadas com privacidade e autonomia. Incorporar estas perspetivas no desenvolvimento tecnológico poderá contribuir para aproximar as soluções criadas em contexto experimental das necessidades das pessoas que futuramente as utilizarão.

O desafio da inovação tecnológica em reabilitação será, assim, transformar possibilidades tecnológicas em soluções com verdadeiro valor clínico. Mais do que colocar tecnologia ao serviço da reabilitação, importa desenvolver tecnologia a partir das necessidades da reabilitação e das pessoas a quem esta se destina.

Bibliografia

Bermúdez I Badia, S., García Morgade, A., Samaha, H., & Verschure, P. F. M. J. (2013). Using a hybrid brain computer interface and virtual reality system to monitor and promote cortical reorganization through motor activity and motor imagery training. *IEEE Transactions on Neural Systems and Rehabilitation Engineering*, 21(2), 174–181. https://doi.org/10.1109/TNSRE.2012.2229295

Cervera, M. A., Soekadar, S. R., Ushiba, J., Millán, J. del R., Liu, M., Birbaumer, N., & Garipelli, G. (2018). Brain-computer interfaces for post-stroke motor rehabilitation: a meta-analysis. In *Annals of Clinical and Translational Neurology* (Vol. 5, Number 5, pp. 651–663). Wiley-Blackwell. https://doi.org/10.1002/acn3.544

Donati, A. R. C., Shokur, S., Morya, E., Campos, D. S. F., Moioli, R. C., Gitti, C. M., Augusto, P. B., Tripodi, S., Pires, C. G., Pereira, G. A., Brasil, F. L., Gallo, S., Lin, A. A., Takigami, A. K., Aratanha, M. A., Joshi, S., Bleuler, H., Cheng, G., Rudolph, A., & Nicolelis, M. A. L. (2016). Long-Term Training with a Brain-Machine Interface-Based Gait Protocol Induces Partial Neurological Recovery in Paraplegic Patients. *Scientific Reports, 6*. https://doi.org/10.1038/srep30383

Fu, J., Chen, S., & Jia, J. (2023). Sensorimotor Rhythm-Based Brain–Computer Interfaces for Motor Tasks Used in Hand Upper Extremity Rehabilitation after Stroke: A Systematic Review. In *Brain Sciences* (Vol. 13, Number 1). MDPI. https://doi.org/10.3390/brainsci13010056

Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Alonso, J., Beghi, E., Dodel, R., Ekman, M., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Gannon, B., Jones, D. H., Jennum, P., Jordanova, A., Jönsson, L., Karampampa, K., Knapp, M., Kobelt, G., Kurth, T., … Olesen, J. (2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology, 21*(10), 718–779. https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.08.008

Kruse, A., Suica, Z., Taeymans, J., & Schuster-Amft, C. (2020). Effect of brain-computer interface training based on non-invasive electroencephalography using motor imagery on functional recovery after stroke - a systematic review and meta-analysis. *BMC Neurology, 20*(1). https://doi.org/10.1186/s12883-020-01960-5

Liu, X., Zhang, W., Li, W., Zhang, S., Lv, P., & Yin, Y. (2023). Effects of motor imagery based brain-computer interface on upper limb function and attention in stroke patients with hemiplegia: a randomized controlled trial. *BMC Neurology, 23*(1). https://doi.org/10.1186/s12883-023-03150-5

Mane, R., Chouhan, T., & Guan, C. (2020). BCI for stroke rehabilitation: Motor and beyond. *Journal of Neural Engineering, 17*(4). https://doi.org/10.1088/1741-2552/aba162

Mansour, S., Ang, K. K., Nair, K. P. S., Phua, K. S., & Arvaneh, M. (2022). Efficacy of Brain–Computer Interface and the Impact of Its Design Characteristics on Poststroke Upper-limb Rehabilitation: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. In *Clinical EEG and Neuroscience* (Vol. 53, Number 1, pp. 79–90). SAGE Publications Inc. https://doi.org/10.1177/15500594211009065

Nunes, J. D., Vourvopoulos, A., Blanco-Mora, D. A., Jorge, C., Fernandes, J. C., i Badia, S. B., & Figueiredo, P. (2023). Brain activation by a VR-based motor imagery and observation task: An fMRI study. *PLoS ONE*, 18(9 September). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0291528

Pais-Vieira, C., Figueiredo, J. G., Perrotta, A., Matos, D., Aguiar, M., Ramos, J., Gato, M., Poleri, T., & Pais-Vieira, M. (2024). Activation of a Rhythmic Lower Limb Movement Pattern during the Use of a Multimodal Brain–Computer Interface: A Case Study of a Clinically Complete Spinal Cord Injury. *Life, 14*(3). https://doi.org/10.3390/life14030396

Pais-Vieira, C., Gaspar, P., Matos, D., Alves, L. P., da Cruz, B. M., Azevedo, M. J., Gago, M., Poleri, T., Perrotta, A., & Pais-Vieira, M. (2022). Embodiment Comfort Levels During Motor Imagery Training Combined With Immersive Virtual Reality in a Spinal Cord Injury Patient. Frontiers in Human Neuroscience, 16. https://doi.org/10.3389/fnhum.2022.909112

Shokur, S., Donati, A. R. C., Campos, D. S. F., Gitti, C., Bao, G., Fischer, D., Almeida, S., Braga, V. A. S., Augusto, P., Petty, C., Alho, E. J. L., Lebedev, M., Song, A. W., & Nicolelis, M. A. L. (2018). Training with brain-machine interfaces, visuotactile feedback and assisted locomotion improves sensorimotor, visceral, and psychological signs in chronic paraplegic patients. *PLoS ONE, 13*(11). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206464

Tomás, D. J., Pais-Vieira, M., & Pais-Vieira, C. (2023). Sensorial Feedback Contribution to the Sense of Embodiment in Brain–Machine Interfaces: A Systematic Review. In *Applied Sciences (Switzerland)* (Vol. 13, Number 24). Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI). https://doi.org/10.3390/app132413011

Tomás, D. J., Pais-Vieira, M., & Pais-Vieira, C. (2026). Linking Embodiment, Simulator Sickness, and EEG Activity During XR–BCI Use: A Single-Participant Case Study. *Life, 16*(8). https://doi.org/10.3390/life16081352

Valente, M., Branco, D., Bermúdez i Badia, S., Fernandes, J. C., Figueiredo, P., & Vourvopoulos, A. (2026). EEG-based predictors of motor recovery during immersive VR-BCI rehabilitation. *Scientific Reports, 16*(1). https://doi.org/10.1038/s41598-026-39106-1

Vourvopoulos, A., Fleury, M., Blanco-Mora, D. A., Fernandes, J. C., Figueiredo, P., & Bermúdez i Badia, S. (2024). Brain imaging and clinical outcome of embodied VR-BCI training in chronic stroke patients: a longitudinal pilot study. *Brain-Computer Interfaces*, 11(4), 193–209. https://doi.org/10.1080/2326263X.2024.2409463

Winstein, C. J., Stein, J., Arena, R., Bates, B., Cherney, L. R., Cramer, S. C., Deruyter, F., Eng, J. J., Fisher, B., Harvey, R. L., Lang, C. E., MacKay-Lyons, M., Ottenbacher, K. J., Pugh, S., Reeves, M. J., Richards, L. G., Stiers, W., & Zorowitz, R. D. (2016). Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. In Stroke (Vol. 47, Number 6, pp. e98–e169). Lippincott Williams and Wilkins. https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000098

World Health Organization. (2024). *Rehabilitation Definition*. World Health Organization. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation



Sobre... devolver dignidade e sentido

Margarida Cordo
Psicóloga Clínica

Gosto de abordar os contextos e realidades humanos com base nos conceitos ou metáforas de mapa e de território.

Assim farei neste artigo, começando por refletir que corpo e mente nunca habitaram territórios separados, por mais que a tradição ou a intervenção médica os tenha, durante séculos, desenhado em mapas distintos. Por outro lado, o modelo biopsicossocial (e espiritual), em articulação com os contributos das neurociências, ajuda-nos a compreender que o nosso bem-estar resulta da interação entre o cérebro, o organismo e o contexto social e ambiental em que vivemos.

Quando pensamos no futuro da reabilitação física, parece-me poder afirmar que a tentação imediata é olhar para as montras da tecnologia – os exoesqueletos, a estimulação neuronal avançada, a realidade virtual e a inteligência artificial a mapear milimetricamente cada fibra muscular. **Contudo, a verdadeira revolução que se avizinha não reside apenas no aço ou nos circuitos, mas no reencontro definitivo do corpo físico com a sua mente**.

Reabilitar um corpo que sofreu um golpe – seja pelo trauma, pelo desgaste silencioso da doença neurodegenerativa ou pela tirania da dor crónica – é, na sua essência mais profunda, um ato de reconstrução identitária. O gesto interrompido não é apenas uma limitação motora. **É uma *fratura* no modo como o sujeito habita o mundo, se relaciona com a vida e se reconhece a si mesmo**. Um braço que deixa de alcançar não perde apenas amplitude articular. Perde a sua capacidade de abraçar, de criar, de traduzir a intenção em afeto. Por isso, a reabilitação física do amanhã falhará se continuar a encarar a anatomia como uma máquina a ser reparada numa oficina de precisão.

O futuro exige-nos uma clínica de presença integral e integradora. **A plasticidade cerebral, hoje tão celebrada pela neurociência, mostra-nos como a experiência, a aprendizagem e o envolvimento do indivíduo podem participar na reorganização funcional**. Um movimento repetido sem envolvimento do sujeito corre o risco de se reduzir a um exercício meramente biomecânico. O mesmo movimento, quando ancorado na narrativa do paciente, pode tornar-se um ato de reconquista. É, pois, neste espaço que a psicologia clínica, a psiquiatria e a fisiatria se devem cruzar. A tecnologia mais sofisticada só cumpre o seu propósito se servir de ponte para que o indivíduo recupere o seu lugar no espaço e o seu existir em harmonia.

A dor crónica, talvez um dos maiores desafios da contemporaneidade, que tanta ajuda pede e tanto grita pela boca de quem a sofre, já nos mostrou os limites de um modelo puramente somático. **Ela habita a fronteira onde o tecido lesado se confunde com o sofrimento emocional enraizado, o trauma não elaborado e a perda de esperança**.

Assim, os centros de reabilitação do futuro terão de ser espaços de tradução interdisciplinar, onde a recuperação da força muscular seja indissociável da elaboração do luto pelas capacidades perdidas; da construção de um novo esquema corporal e existencial; do acolhimento da vulnerabilidade e até de um novo sentido e consciência de missão, tão essenciais ao equilíbrio do humor e consequentemente da saúde mental.

Habitar o futuro da reabilitação é entender que restituir o movimento a um corpo diz respeito, acima de tudo, a devolver a uma pessoa a perceção de dignidade, a consciência da missão possível e a liberdade de voltar a narrar, com a própria voz e presença, a sua história no mundo.

Ordem Hospitaleira de
S. João de Deus
Província Portuguesa

Rua São Tomás de Aquino, 20
1600-871 Lisboa
(+351) 217 213 300*
sede@isjd.pt
www.isjd.pt

Contactos

Instituto S. João de Deus
Rua São Tomás de Aquino, 20
1600-871 Lisboa
(+351) 217 213 300*
sede@isjd.pt

Museu S. João de Deus
Estrada do Telhal, 55
2725-588 Mem Martins
(+351) 219 179 200*
museu@isjd.pt

Residência S. João de Deus
Rua São João de Deus, 6
2495-456 Fátima
(+351) 249 534 627*
irmaos.fatima@isjd.pt

Fundação S. João de Deus
Av. Júlio Dinis, 23 – S/L.
1050-130 Lisboa
(+351) 217 213 300*
sede@fsjd.pt
www.fsjd.pt

Missão em Timor-Leste
Irmãos de S. João de Deus
Caixa Postal 100
88001 Dili – Timor-Leste
(+351) 00 670 725 7859***
irmaos.timor@isjd.pt

Unidades de Saúde do Instituto S. João de Deus

ISJD–Telhal
Estrada do Telhal, 55
2725-588 Mem Martins
(+351) 219 179 200*
cst.telhal@isjd.pt

ISJD–Funchal
Caminho do Trapiche, s/n
Santo António
Caixa Postal 4376
9020-126 Funchal
(+351) 291 741 032*
cssjd.funchal@isjd.pt

ISJD–Angra do Heroísmo
Rua Dr. Aníbal Bettencourt, 149
Caixa Postal 1102
9701-902 Angra do Heroísmo
(+351) 295 204 330*
cssr.angra@isjd.pt

ISJD–Barcelos
Av. Paulo Felisberto, 205
4750-783 Barcelos
(+351) 253 808 210*
cssjd.barcelos@isjd.pt

ISJD–Ponta Delgada
Rua de São João de Deus, s/n
Caixa Postal 155
9501-902 Ponta Delgada
(+351) 296 201 600*
cssm.pdelgada@isjd.pt

ISJD–Montemor-o-Novo
Rua de Avis, 89
7050-089 Montemor-o-Novo
(+351) 266 898 040*
hospital.montemor@isjd.pt

ISJD–Areias de Vilar
Largo São João de Deus, 1
4755-044 Areias de Vilar
(+351) 253 919 000*
cssj.vilar@isjd.pt

ISJD–Gelfa
Rua da Gelfa, s/n
4910-012 Âncora
258 915 395
usgelfa@isjd.pt

ISJD–Melgaço
Rua Fonte da Vila, s/n
4960-546 Melgaço
251 418 312
usmd.melgaco@isjd.pt

ISJD–Lisboa
Rua São Tomás de Aquino, 20
1600-871 Lisboa
(+351) 217 213 300*
csja@isjd.pt

ISJD–Carnaxide
Avenida João Paulo II, 29
2790-249 Carnaxide
211 147 700
geral.carnaxide@isjd.pt

*Chamada para a rede fixa nacional **Chamada para a rede móvel nacional ***Chamada internacional

ORDINE OSPEDALIERO di SAN GIOVANNI DI DIO

CUIDAR DA MENTE. TRANSFORMAR VIDAS

CONSTRUÇÃO DE UM CENTRO DE SAÚDE MENTAL EM SAN PEDRO SULA (HONDURAS), COM CUIDADOS ACESSÍVEIS, SEGUROS E CENTRADOS NA PESSOA.

APOIO PSICOLÓGICO ACESSÍVEL
CUIDADOS SEGUROS E CENTRADOS NA PESSOA
PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL



IBAN PT50 0035 0481 0000 4895 2300 5

MB WAY **962 461 004**

PAGAMENTO DE SERVIÇOS
entidade: 20952
referência: 000 200 900

WWW.FSJD.PT