



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Capacitação da pessoa com alterações neurológicas dependente no autocuidado: Ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Maria Albertina Nunes Ferreira António

Orientação: Professora Doutora Ana Lúcia João e Professor Mestre António Lista

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Capacitação da pessoa com alterações neurológicas dependente no autocuidado: Ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Maria Albertina Nunes Ferreira António

Orientação: Professora Doutora Ana Lúcia João e Professor Mestre António Lista

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024


O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pela Diretora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre:

Presidente: Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro, Professor Coordenador, Instituto Politécnico de Portalegre.

Vogais: Maria da Conceição Silva Farinha, Professora Adjunta, Universidade do Algarve, Arguente;

Ana Lúcia da Silva João, Professora Adjunta, Universidade de Évora, Orientadora;

João Vítor da Silva Vieira, Professor Adjunto, Instituto Politécnico de Beja, Suplente.



“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós.

Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós”

Antoine de Saint-Exupéry

AGRADECIMENTOS

À professora Ana João, pela orientação, compreensão, disponibilidade e todo o apoio demonstrado ao longo deste percurso, estando sempre presente nos momentos difíceis e não me deixando desistir;

Ao professor César Fonseca pelo apoio e por ter aceitado este projeto;

Ao professor António Lista, pela orientação e disponibilidade na construção do artigo científico e no relatório;

Aos enfermeiros orientadores, que contribuíram para o meu crescimento, enquanto futura enfermeira especialista em Enfermagem de Reabilitação;

Aos Enfermeiros chefes, pela forma acolhedora como me receberam na sua equipa;

Aos participantes deste projeto, pela colaboração e por terem contribuído para o meu crescimento profissional enquanto especialista, ao longo deste percurso;

À minha enfermeira chefe, Sónia Esteves, e aos meus colegas de trabalho pelo apoio, e trocas de turnos realizadas;

À minha família, em especial às minhas filhas e marido, pela compreensão e paciência, foram o meu pilar ao longo desta caminhada;

Aos colegas deste mestrado, pelo apoio demonstrado e por tudo o que aprendi com eles, assim como a todos os que de alguma forma contribuíram para o culminar desta etapa.

Muito obrigada!

RESUMO

Enquadramento: A enfermagem de reabilitação, enquanto disciplina multidisciplinar, engloba um conjunto específico de conhecimentos e técnicas que visam apoiar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com sequelas a alcançar a sua máxima funcionalidade, independência e autonomia. Nesse contexto, o enfermeiro de reabilitação deve centrar a sua atuação na promoção de uma aprendizagem significativa e na disponibilização de estratégias adaptativas, visando promover a independência das pessoas nas suas atividades de vida diárias, capacitando-as de forma eficaz para o autocuidado. **Objetivo:** Descrever como foram adquiridas as competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e de mestre nos cuidados à pessoa com alterações neurológicas dependente com défice de autocuidado. Desenvolver a apreciação diagnóstica da pessoa com alterações neurológicas e com défice de autocuidado. Planear programas de intervenção de enfermagem de reabilitação, de acordo com a área de intervenção, para a pessoa com alterações neurológicas, centradas nas necessidades de autocuidado; identificar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação às pessoas com alterações neurológicas com base no modelo de autocuidado de intervenção desenvolvido. **Metodologia:** A proposta de intervenção de Enfermagem de Reabilitação implementada neste projeto baseou-se na metodologia qualitativa de Robert Yin (2018), na teoria de médio alcance de Lopes (2006) e no modelo de Fonseca (2013), que se fundamentava na teoria do défice de autocuidado de Orem (2001). **Resultados:** Após a análise dos dados, constatou-se uma melhoria global em todos os participantes, com ganhos significativos na capacitação das pessoas dependentes no autocuidado. **Conclusões:** A implementação deste projeto de intervenção de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com alterações neurológicas, dependente no autocuidado, demonstrou ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação. A realização deste relatório possibilitou demonstrar a aquisição das competências comuns e específicas de enfermeiro especialista de reabilitação, bem como as competências de mestre em enfermagem.

Palavras-chave: Programas de reabilitação; Enfermagem de reabilitação; Ganhos em saúde; Acidente vascular cerebral

ABSTRACT

Background: Rehabilitation nursing, as a multidisciplinary discipline, encompasses a specific set of knowledge and techniques that aim to support people with acute, chronic or sequelae diseases to achieve their maximum functionality, independence and autonomy. In this context, rehabilitation nurses must focus their work on promoting meaningful learning and providing adaptive strategies to promote people's independence in their activities of daily living, effectively enabling them to self-care. **Objective:** To describe how the common and specific competences of nurses specialising in rehabilitation nursing and masters in the care of people with dependent neurological disorders and self-care deficits were acquired. Develop a diagnostic assessment of the person with neurological disorders and self-care deficits. Plan rehabilitation nursing intervention programmes, according to the area of intervention, for the person with neurological disorders, focusing on self-care needs; identify the health gains sensitive to rehabilitation nursing care for people with neurological disorders based on the self-care intervention model developed. **Methodology:** The Rehabilitation Nursing intervention proposal implemented in this project was based on Robert Yin's (2018) qualitative methodology, Lopes' (2006) middle-range theory and Fonseca's (2013) model, which was based on Orem's (2001) self-care deficit theory. **Results:** After analysing the data, an overall improvement was seen in all participants, with significant gains in empowering dependent people in self-care. **Conclusions:** The implementation of this Rehabilitation Nursing intervention project for people with neurological disorders, who are dependent on self-care, demonstrated gains that are sensitive to Rehabilitation Nursing care. The completion of this report made it possible to demonstrate the acquisition of the common and specific competences of a specialist rehabilitation nurse, as well as the competences of a master in nursing.

Keywords: Rehabilitation programs; Rehabilitation nursing; Health gains; Stroke

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Fluxograma PRISMA da seleção de estudos.....	39
--	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Questão de investigação PICO.....	38
Tabela 2- Síntese dos artigos analisados.....	43
Tabela 3 - Intervenções de Enfermagem Segundo o Padrão Documental de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, de acordo com a classificação CIPE.....	49
Tabela 4 - Caracterização sociodemográfica dos participantes.....	53
Tabela 5 - Plano de intervenção foro respiratório.....	60
Tabela 6 - Plano de intervenção foro neurológico.....	65
Tabela 7 - Plano de intervenção foro ortopédico.....	69
Tabela 8 - Avaliação do ENCS do estudo de caso A1.....	75
Tabela 9 - Avaliação do IB do estudo de caso A1.....	75
Tabela 10 - Avaliação do ENCS do estudo de caso A2.....	80
Tabela 11 - Avaliação do IB do estudo de caso A2.....	80
Tabela 12 - Avaliação do ENCS do estudo de caso B1.....	84
Tabela 13 - Avaliação do IB do estudo de caso B1.....	84
Tabela 14 - Avaliação do ENCS do estudo de caso B2.....	89
Tabela 15 - Avaliação do IB do estudo de caso B2.....	90
Tabela 16 - Avaliação do ENCS do estudo de caso B3.....	94
Tabela 17 - Avaliação do IB do estudo de caso B3.....	95
Tabela 18 - Avaliação do ENCS do estudo de caso C1.....	99
Tabela 19 - Avaliação do IB do estudo de caso C1.....	99
Tabela 20 - Avaliação do ENCS do estudo de caso C2.....	103
Tabela 21 - Avaliação do IB do estudo de caso C2.....	103
Tabela 22 - Resultados médios alcançados da aplicação do instrumento ENCS.....	106
Tabela 23 - Resultados médios obtidos da aplicação do IB.....	106

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAS-Ácido acetilsalicílico
AC- Autocuidado
AIVD- Atividades instrumentais de vida diárias
AP- Auscultação pulmonar
APA- American Psychological Association
ATA- Artroplastia total da anca
ATJ- Artroplastia total do joelho
AVC – Acidente Vascular Cerebral
AVD- Atividades de vida diárias
BAV- Bloqueio auriculo ventricular
BCRE- Bloqueio completo do ramo esquerdo
CEER-Cuidados especializados em enfermagem de reabilitação
CIF- Classificação Internacional de Funcionalidade
CO2- Dioxido de carbono
CPAP- Continuous Positive Airway Pressure
CVC- Cateter venoso central
DCV- Doença cérebro vascular
DGS- Direção Geral de Saúde
DIB- Drug Infusion Ballon
DNI- Dinitrato de isossorbida
DPOC- Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
DVP- Dispositivo vesical periférico
ECG- Eletrocardiograma
EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
EN- Escala numérica
ENCS- Elderly Nursing Core Set
ER- Enfermeiro de Reabilitação
ERI-equipa de reanimação intra-hospitalar
EU- União Europeia
FA – Fibrilhação auricular
FA RVR- Fibrilhação auricular resposta ventricular rápida

FC- Frequência Cardíaca
FiO2- Fração inspirada de oxigênio
FR- Frequência Respiratória
GSA- Gasimetria Arterial
GUSS- Escala Gugging Swallowing Screening
HSM- Hospital Santa Maria
HTA- Hipertensão Arterial
IB- Índice de Barthel
IC- Insuficiência Cardíaca
ICN- Conselho Internacional de Enfermagem
IMC- Índice de Massa Corporal
INE- Instituto Nacional de Estatística
JBI- Joanna Briggs Institute
MI- Medicina intensiva
mmHg- milímetros de mercúrio
MRCMS- Medical Research Council Muscle Scale
MV- Murmúrio vesicular
NIHSS- National Institute of Health Stroke Scale
OE- Ordem dos Enfermeiros
OLD- Oxigenoterapia de longa duração
OMS- Organização Mundial de Saúde
PTA- Prótese total da anca
PTJ- Prótese total do joelho
REPE- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
RFM- Reabilitação física motora
RFR- Reabilitação física respiratória
RMN CE- Ressonância magnética crânio encefálica
RNCC- Rede Nacional de Cuidados Continuados
RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RR- Reabilitação respiratória
RSL- Revisão Sistemática da Literatura
SAHOS- Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva
SAOS- Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono

SMI- Serviço de Medicina Intensiva

SU- Serviço de Urgência

TA- Tensão arterial

TAC CE- Tomografia Axial Computorizada crânio encefálica

TAC- Tomografia Axial Computorizada

TAC-Teoria do Autocuidado

TDAC- Teoria do Déficit de Autocuidado

TSE- Teoria dos Sistemas de Enfermagem

UC- Unidade Curricular

UCPA- Unidade de cuidados pós anestésicos

ULS- Unidade Local de Saúde

ULSMT-Unidade Local de Saúde Médio Tejo

UOM- Unidade observação médica

UP- Úlcera por Pressão

VNI- Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	11
1. ANÁLISE DO CONTEXTO	15
1.1. SERVIÇO DE CUIDADOS INTENSIVOS	16
1.2. SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA	19
1.3. SERVIÇO DE ORTOPEDIA.....	21
1.4 - CENTRO DE MEDICINA DE REABILITAÇÃO.....	23
2. ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	24
2.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	24
2.1.1. <i>Envelhecimento</i>	24
2.1.2. <i>Capacitação para o autocuidado</i>	26
2.1.3. <i>Ganhos Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação</i>	31
2.2. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	35
2.2.1. <i>Intervenções de Enfermagem de Reabilitação que influenciam os ganhos sensíveis aos cuidados de reabilitação na capacitação da pessoa com alterações neurológicas dependente no autocuidado</i>	35
2.3. METODOLOGIA	50
2.3.1. <i>População-alvo</i>	52
2.3.2. <i>Instrumentos de colheita de dados</i>	53
2.3.3. <i>Plano de intervenção</i>	55
2.3.4. <i>Considerações éticas</i>	69
2.4. RESULTADOS	71
2.5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	105
3. ANÁLISE REFLEXIVA DE COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS.....	124
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	125
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	130
3.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE	134
CONCLUSÃO.....	135
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	138
ANEXOS	152
ANEXO I- ENCS (FONSECA & LOPES, 2013).....	153
ANEXO II- IB MODIFICADO E INSTRUÇÕES (DGS, 2011).....	161
APÊNDICES	165
APÊNDICE I- POSTER.....	166
APÊNDICE II- ARTIGO	168

INTRODUÇÃO

O presente relatório, elaborado para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), surge no âmbito da unidade curricular (UC) Relatório do VII Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, a decorrer na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre.

Este projeto foi iniciado e implementado no Estágio de Reabilitação que decorreu no serviço de cuidados intensivos de um hospital, na área da reabilitação respiratória, no período de 22 de maio de 2023 a 30 de junho de 2023. O relatório foi desenvolvido também ao longo do Estágio Final, num serviço de medicina interna e num serviço de ortopedia, com duração total de 16 semanas, com início a 20 de setembro de 2023 e término a 26 de janeiro de 2024. Nas primeiras 10 semanas, o estágio decorreu na área de reabilitação neurológica e nas últimas 6 semanas na área de reabilitação ortotraumatológica. Durante estas semanas de estágio, foi implementado um projeto de intervenção profissional intitulado de: “Capacitação da pessoa com alterações neurológicas dependente no autocuidado: Ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação”.

Este relatório resulta da conjugação dos conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares no primeiro ano deste mestrado, assim como dos conhecimentos adquiridos durante a prática de cuidados especializados nos ensinamentos clínicos. Para os estudantes, estes ensinamentos, também designados por estágios, constituem uma mais-valia na sua formação e contribuem para o seu desenvolvimento pessoal e profissional.

O objetivo geral definido para o projeto de intervenção profissional foi desenvolver competências de ER e de mestre nos cuidados à pessoa com alterações neurológicas, dependente, com défice de autocuidado. Os objetivos específicos deste projeto foram:

- Desenvolver apreciação diagnóstica da pessoa com alterações neurológicas e com défice de autocuidado;
- Planear programas de intervenção de enfermagem de reabilitação, de acordo com a área de intervenção, para a pessoa com alterações neurológicas, centradas nas necessidades de autocuidado;
- Identificar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação às pessoas com alterações neurológicas com base no modelo de autocuidado de intervenção desenvolvido.

De acordo com o Regulamento nº 392/2019, o EEER deve participar em projetos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolver competências dentro da área de especialização. Deste modo o EEER deve desenvolver a sua prática baseada na evidencia e orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. A investigação contínua contribui para a aquisição de novos conhecimentos e para a renovação do corpo de conhecimento da disciplina de enfermagem.

O mesmo Regulamento nº 392/2019, refere que a reabilitação implica um conjunto de conhecimentos e procedimentos específicos que visam auxiliar os indivíduos com doenças agudas, crónicas ou com sequelas, a maximizar a sua funcionalidade e independência. Nesse sentido, a intervenção do EEER tem como objetivo promover o diagnóstico precoce e a implementação de medidas preventivas, de modo a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos utentes, prevenir complicações e incapacidades, bem como fornecer intervenções destinadas a maximizar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades diárias e minimizar o impacto das incapacidades instaladas ao nível das funções neurológicas, respiratórias, cardíacas, ortopédicas e outras incapacidades ou deficiências.

O envelhecimento é um processo natural e transversal que afeta todos os indivíduos em termos biológicos, psicológicos e sociais. O aumento da esperança média de vida da população, juntamente com a melhoria dos cuidados de saúde e das condições socioeconómicas, resultam num aumento das doenças crónicas e, por conseguinte, em limitações funcionais. Estes processos estão associados a mudanças que afetam a mobilidade, autonomia e saúde das pessoas, com implicações na capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente (Costa & Nunes, 2020).

Nas últimas décadas, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2022), tem sido cada vez mais evidente a inversão das pirâmides etárias em Portugal, com um aumento exponencial da população idosa em relação ao número de nascimentos. De acordo com estimativas, até 2080, o número de idosos em Portugal irá aumentar de cerca de 2,2 milhões para 3 milhões, e o índice de envelhecimento aumentará de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens, ou seja, quase duplicará. Segundo o mesmo instituto (INE, 2024), Portugal é o segundo país da União Europeia com o maior índice de envelhecimento (185,3), sendo também o segundo país com maior índice de dependência de idosos (37,6). A Organização Mundial de Saúde (OMS) refere que até ao ano 2030 mais de 1,3 mil milhões de pessoas em todo o mundo terão 60 anos ou mais; e que até ao ano de 2050 o número será de mais de 2,1 mil milhões (Riecke et al., 2024).

Devido às alterações demográficas, epidemiológicas e sociais, que se traduzem no envelhecimento da população e no aumento do número de doenças crónicas, os profissionais são

desafiados a compreender os fatores subjacentes a esses fenômenos e a repensar modelos de intervenção mais adaptados às pessoas (Reis et al., 2021). Deste modo, Petronilho e colaboradores (2021) referem que o EEER tem um papel de destaque no promover do autocuidado, direcionando a sua ação na promoção de aprendizagens significativas e fornecendo estratégias adaptativas com o intuito de tornar a pessoa o mais independente possível na realização das suas atividades de vida diária.

Tendo em consideração o referido, é importante mencionar a importância do modelo teórico de Dorothea Orem. Esta autora iniciou a conceptualização do Autocuidado em 1956, tendo sido validada em 1967 e publicada pela primeira vez em 1971. A Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado engloba três teorias inter-relacionadas: a teoria do défice de autocuidado, a teoria do autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem (Petronilho et al.,2021). Orem (2001) define autocuidado como “(...) uma ação deliberadamente realizada pelas pessoas para regularem o seu próprio funcionamento e desenvolvimento, ou dos seus dependentes. São ações realizadas para garantir o fornecimento de requisitos necessários para continuar na vida (...)” (p. 45). A autora parte do princípio de que todas as pessoas têm a capacidade de autocuidado. No entanto, quando a pessoa não possui essa capacidade e requer que o cuidado seja prestado por outras pessoas, como os profissionais de saúde ou cuidadores, diz-se que a pessoa é dependente no autocuidado. Deste modo, o EEER deve também orientar a sua ação na promoção de competências dos cuidadores, para que estes possam responder de forma adequada e ajustada às necessidades das pessoas dependentes (Petronilho et al.,2021).

A dependência no autocuidado representa um impacto significativo no modelo financeiro, social e de saúde da população. Face a estes desafios, as políticas de saúde e de apoio social têm direcionado a sua ação na responsabilização, consciencialização e envolvimento das famílias em atividades que promovam o autocuidado, bem como na adoção de comportamentos de saúde mais eficazes na gestão dos processos de saúde-doença. Neste contexto, a intervenção do EEER, tendo em consideração o autocuidado, torna-se significativa ao facilitar processos adaptativos, assistindo o utente na reintegração à sua nova realidade de vida. Portanto, reabilitar capacidades e promover estratégias adaptativas para maximizar a independência do utente representa um desafio contínuo para o EEER, com repercussões positivas na qualidade de vida dos utentes e das suas famílias (Petronilho et al., 2021),

Os cuidados de enfermagem prestados nos diversos ensinamentos clínicos/estágios, foram baseados no modelo de enfermagem de Roper, Logan e Tierney (1995). Este modelo fundamenta-se na inter-relação de diversos fatores que influenciam as atividades de vida diária do indivíduo,

ao longo da sua vida. As cinco componentes basilares deste modelo são: as 12 atividades de vida (respiração, alimentação, comunicação, eliminação, higiene pessoal e vestuário, temperatura corporal, mobilidade, ambiente seguro, trabalho e lazer, sexualidade, sono e morte), os fatores que influenciam as mesmas, as etapas de vida, o grau de dependência/independência e a individualidade (Roper, Logan, & Tierney, 1995).

Este relatório encontra-se dividido em 3 capítulos. O primeiro capítulo refere-se à análise dos contextos nos quais decorreram os ensinamentos clínicos; no segundo capítulo apresenta-se o enquadramento teórico e conceptual da temática em estudo e a estratégia de intervenção profissional; subsequentemente, realiza-se a descrição da metodologia utilizada, a população-alvo, os instrumentos de colheita de dados, o plano de intervenção, as considerações éticas, a análise dos resultados obtidos e a discussão; a análise reflexiva das competências adquiridas, apresenta-se no terceiro capítulo.

No final do presente relatório será também efetuada uma síntese conclusiva e apresentadas as referências bibliográficas.

A redação deste documento encontra-se de acordo com o Regulamento do Estágio Final e Relatório dos Mestrados em Enfermagem da Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde e tem em consideração o manual *Publication Manual of the American Psychological Association* (APA 7ed.), estando ao abrigo do novo acordo ortográfico.

1. ANÁLISE DO CONTEXTO

O seguinte capítulo, destina-se à apresentação e caracterização dos locais onde foram realizados os estágios de Reabilitação. O primeiro Estágio de Reabilitação realizou-se no serviço de cuidados intensivos e o Estágio Final no serviço de medicina interna e no serviço de ortopedia. Ambos os locais de estágio pertencem ao mesmo centro hospitalar. No final do último estágio, terminou a constituição do centro hospitalar, sendo criada Unidade Local de Saúde (ULS), ao abrigo do Decreto-lei n.º 102/2023, publicado em Diário da República n.º 215/2023, Série I de 2023-11-07, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades locais de saúde (ULSMT, 2024).

A ULS iniciou atividade a 1 de janeiro de 2024. A criação da instituição insere-se no âmbito de uma reestruturação do modelo organizativo de prestação e cuidados, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, visando mais e melhores cuidados e uma relação mais próxima com a comunidade. A ULS dá resposta direta a cerca de 170.000 utentes, sendo constituída por 3 unidades hospitalares e por 35 Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários de 11 concelhos, assegurando as atividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica por ela abrangida (ULSMT, 2024).

A nova ULS, tem como missão a prestação de cuidados de saúde primários, hospitalares, paliativos e de convalescença, integrados, preventivos, personalizados, humanizados, de excelência técnica, científica e relacional, ao longo de todo o ciclo vital, criando um forte sentido de vinculação e de confiança nos colaboradores e nos utentes. Esta unidade apoia as atividades de investigação, formação contínua e ensino, retendo e valorizando profissionais com elevados níveis de competências e qualificações. Pretende ser reconhecida como uma organização de excelência e de referência na promoção da saúde, na prevenção da doença e na prestação de cuidados de saúde integrados, centrados no utente, na família e na comunidade, ao longo de todo o ciclo de vida dos cidadãos (ULSMT, 2024).

A ULS contribui para o desenvolvimento consciente e sustentado da sociedade, garantindo o compromisso com a justiça social e equidade, e o respeito pelo ambiente. Salvaguarda o funcionamento da resposta aos utentes de forma articulada e em rede, garantindo-se a equidade e acessibilidade no acesso aos cuidados de saúde, prestando cuidados de saúde de proximidade. Garante a excelência dos serviços prestados aos utentes, assentes nas melhores e mais seguras práticas e competências, científicas e técnicas. Regula-se nas práticas clínicas e na tomada de decisões individuais e institucionais, pelos mais elevados padrões deontológicos e de conduta

moral. Detém uma orientação clara para o utente e para o seu bem-estar, respondendo às suas necessidades, de acordo com as melhores práticas disponíveis, e no respeito incondicional pela sua dignidade intrínseca (ULSMT, 2024).

1.1. SERVIÇO DE CUIDADOS INTENSIVOS

O estágio no serviço de medicina intensiva (SMI), decorreu num período de 6 semanas, entre 22 de maio de 2023 e 30 de junho de 2023. No decorrer deste ensino clínico, foram desenvolvidas competências na área da reabilitação de utentes com disfunções respiratórias. O SMI está localizado no piso 6 da Unidade Hospitalar, ala poente. O SMI integra o grupo das denominadas unidades de cuidados intensivos polivalente de nível III, dispõe de uma lotação de 12 camas, distribuídas por três salas, sendo duas de pressão negativa. As camas nível III, vulgarmente designadas “camas de cuidados intensivos”, destinam-se a utentes com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, potencialmente ameaçadoras da vida e, portanto, necessitando de duas ou mais formas de suporte orgânico (CHMT, 2022; Rocheta, 2018).

O SMI tem como missão prestar cuidados de saúde especializados em situação de doença aguda, potencialmente reversível e/ou com falência de uma ou mais funções vitais iminente ou estabelecida, podendo estes cuidados ser exercidos em várias áreas do hospital, nomeadamente com a atividade na Sala de Emergência (serviço de urgência), Equipa de Reanimação Intra-Hospitalar (ERI), Handover, outreach e formação (CHMT, 2022).

O SMI é uma área multidisciplinar, diferenciada e multiprofissional (médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e terapeutas), presentes 24 horas por dia, que aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de falência orgânica ou multiorgânica, por doença ou resultantes de trauma, tendo como finalidade evitar a perda definitiva ou transitória dos órgãos, melhorar o conforto do utente, estabelecendo prioridades no seu plano terapêutico, suportando e monitorizando o utente como um todo. Na mesma linha de pensamento, a medicina intensiva tem por objetivo primordial suportar e recuperar funções vitais, de modo a criar condições para tratar a doença subjacente e proporcionar oportunidades para uma melhor qualidade de vida futura (CHMT, 2022).

O SMI está dotado de recursos técnicos e humanos, que possibilitam um maior nível assistencial (técnico e terapêutico) ao utente crítico, que beneficiará da intervenção atempada ou de suporte, monitorização contínua e assertividade terapêutica. O SMI integra também como funções fundamentais da sua atividade, o apoio ao circuito do utente crítico, estando presente na

sala de emergência, como uma atividade paralela, contínua e integrante da equipa de medicina intensiva; assumindo a emergência intra-hospitalar; o outreach interno e externo (sinalização e consultadoria de utentes) de forma a apoiar os vários serviços de internamento; Handover progressivo após transferência dos utentes (acompanhamento clínico); promovendo o ensino pré e pós graduado, nas várias áreas do conhecimento da saúde (CHMT, 2022).

O Diretor do SMI é um Assistente Hospitalar Graduado, especialista em medicina intensiva (MI), nomeado pelo Conselho de Administração, e responde diretamente ao Diretor do departamento. A equipa médica cumpre com a permanência diária de três elementos, sendo pelo menos um deles especialista em MI, podendo ser acrescida com mais um elemento em estágio formativo. A equipa de enfermagem é coordenada por um Enfermeiro Gestor/Responsável, nomeado pelo Conselho de Administração, e responde diretamente, à Enfermeira Adjunta da Enfermeira Diretora da unidade hospitalar (CHMT, 2022).

O Enfermeiro Gestor é responsável pela equipa de Enfermagem, e esta cumpre os requisitos de rácio de um enfermeiro por cada duas camas de nível III. A equipa de enfermagem é constituída por Enfermeiros generalistas, Enfermeiros Especialistas de Enfermagem Médico-Cirúrgica e de Reabilitação (cinco elementos). Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, integram a escala do serviço, sendo contemplado no seu horário, turnos de prestação de cuidados na sua área de especialização, todos os dias da semana, das 12h-20h. O Enfermeiro Gestor, também é responsável pela equipa de Assistentes Operacionais, devendo a mesma cumprir os requisitos de dois elementos (CHMT, 2022).

Compete exclusivamente ao médico de serviço no SMI, a decisão sobre a admissibilidade do utente na Unidade. Em caso de diferença de opiniões recorrer-se-á aos responsáveis hierárquicos. Em termos genéricos, consideram-se admissíveis situações como: falência respiratória com necessidade de suporte ventilatório, falência hemodinâmica (choque séptico, cardiogénico), pós-operatórios e politraumatizados não neurocirúrgicos quando complicados por uma das situações atrás descritas; intoxicações graves, Via Verde do AVC (Acidente Vascular Cerebral), Via Verde da Sepsis, potenciais dadores em situações de provável morte cerebral, utentes que careçam de vigilância contínua, pós-operatório imediato e realização de procedimentos médicos de curta duração eletivos (broncofibroscopia, hemodialise, cardioversão elétrica).

Apresentam critérios de exclusão à admissão, utentes que, mesmo com recurso a cuidados intensivos, tenham baixa probabilidade de sobrevivência. Situam-se a este nível situações clínicas terminais, mesmo que apresentem falência respiratória ou hemodinâmica (exemplo: neoplasias avançadas e patologia neurológica irreversível) e utentes com elevado grau de dependência,

podendo ser ponderada a sua admissão no serviço de cuidados paliativos do centro hospitalar (CHMT, 2022).

Apresentam critérios de transferência para unidades de nível superior ou especializada, utentes com complicações neurocirúrgicas, complicações que impliquem cirurgia cardiorácica, vascular, plástica e/ou situações cirúrgicas não resolúveis na ULS, situações particulares que impliquem recursos técnicos não existentes na ULS. Os utentes internados no SMI podem ser transferidos, após estabilização do quadro clínico e melhoria da patologia aguda que condicionou a sua admissão, para outros serviços da ULS ou hospital da área de residência. A transferência de utentes para outros serviços deverá ter um prazo máximo de 48 horas, após a decisão clínica (CHMT, 2022).

O desenvolvimento de um sistema de registo claro e inequívoco de todos os atos praticados no SMI exige um sistema de informação apropriado, que o sustente. Na ULS, o desenvolvimento da estratégia visando o processo único eletrónico assenta essencialmente em três aplicações, o SONHO, SCLINICO e o BSIMPLE, sendo o BSIMPLE o sistema utilizado no SMI. Este sistema foi implementado recentemente e encontra-se em desenvolvimento com necessidade de atualizações de modo a implementar escalas de avaliação ao utente com critérios de reabilitação, e deste modo demonstrar ganhos em saúde com a implementação da reabilitação o mais precoce possível (CHMT, 2022).

No início do turno o EEER, avalia os utentes com necessidade e/ou critérios de cuidados especializados de reabilitação, intervindo com a equipa, de forma a planear o programa de reabilitação, tendo em consideração as necessidades funcionais. Os EEER atuam diariamente de modo a obter ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, registando a sua avaliação, planificação, intervenção e avaliação final, no processo de enfermagem, através da aplicação informática BSIMPLE, utilizando escalas de avaliação e notas de reabilitação. No SMI, o EEER presta cuidados centrado no utente, numa parceria muito positiva com a fisioterapeuta do serviço, de modo a alcançar a maximização de ganhos em saúde.

O SMI dispõe de dois períodos de visita: das 14:30h às 15:30h e das 18:00h às 19:00h, até 2 visitantes por utente, separadamente, com a duração de até 10 minutos por visitante. O referido período de visitas poderá sofrer alterações/modificações decorrentes de orientações superiores. Durante o horário da visita, o médico de serviço prestará informações clínicas aos familiares, quando solicitadas e segundo a disponibilidade do profissional. A equipa de enfermagem nestes períodos atende às necessidades dos familiares, fornecendo informação sobre os cuidados de enfermagem, encaminhando os familiares para a equipa médica sempre que a situação se

justifique. A visita pode ser adiada por necessidades emergentes de prestar cuidados a outros utentes internados no SMI (CHMT, 2022). A Equipa de Reanimação Intra-Hospitalar (ERI) disponibiliza uma resposta organizada em situações de agravamento clínico (situações de significativa deterioração fisiológica aguda) e de paragem cardiorrespiratória (PCR) e visa melhorar a segurança e qualidade dos serviços prestados ao utente internado (CHMT, 2022).

As competências do EEER, são reconhecidas, tanto pela equipa de enfermagem como pela equipa médica, tendo o EEER autonomia para intervir nos cuidados ao utente com necessidades de ventilação não invasiva e invasiva, mobilização precoce, levante precoce, posicionamentos terapêuticos e noutras situações em que o utente beneficia da intervenção do EEER.

O SMI dispõe ainda de múltiplos materiais de apoio e equipamentos de reabilitação para a prestação de cuidados especializados, sendo eles, cadeirões, auxiliares de marcha, bastão, halteres com vários pesos, inspirómetros de incentivo, *cough assist*, cicloergómetro, entre outros.

O processo de reabilitação no SMI, inicia-se o mais precocemente possível. Após a estabilização hemodinâmica do utente, o EEER intervém de forma a antecipar possíveis complicações, com vista a aumentar os ganhos funcionais.

Segundo a OE (2018), tendo em conta a melhor evidência científica, um programa de Reabilitação Respiratória (RR), que integre exercícios respiratórios, mobilização precoce e progressiva é benéfica para o utente internado em unidade de cuidados intensivos, com benefícios em termos funcionais, psicológicos e ventilatórios, favorecendo o desmame ventilatório, a diminuição do tempo de ventilação mecânica e da incidência do delírio. O programa de RR ajuda a prevenir alterações respiratórias associadas à imobilidade e a promover a força muscular (OE,2018 c):

O planeamento e a execução de um programa de RR na fase aguda da doença, conserva e potencia as capacidades existentes para a independência funcional e a promoção da autonomia, favorece um desmame ventilatório mais precoce, contribuindo para uma rápida reintegração do utente na família e conseqüente redução dos dias de internamento em uma unidade de cuidados intensivos (OE, 2018 c, p. 229).

1.2. SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

O Estágio Final foi desenvolvido em 2 unidades hospitalares em serviços de internamento e decorreu num período de 16 semanas, entre 20 de setembro de 2023 a 26 de janeiro de 2024. Nas primeiras 10 semanas de estágio, a área de foco foi a reabilitação neurológica e nas últimas 6 semanas a área da reabilitação orto-traumatológica.

O estágio de reabilitação da área neurológica, realizou-se num serviço de medicina interna, entre 20 de setembro de 2023 e 18 de novembro de 2023. Este serviço situa-se no 6º piso na Ala poente da instituição, sendo o seu acesso feito por escadas ou 6 elevadores, sendo apenas 2 destinados às visitas. Apresenta 26 camas, divididas por 14 quartos. Destes, 4 quartos são constituídos por 4 camas com um WC e uma sala de duche comum a cada quarto. Os restantes 10 quartos são individuais e com instalações sanitárias próprias, dos quais 2 têm antecâmara, normalmente utilizados para utentes infetados a cumprir isolamento. A unidade do utente é composta pela cama, mesa de cabeceira, um armário e um cadeirão, tendo acesso ao WC e sala de duche. Os quartos deste serviço são os que apresentam maiores dimensões do centro hospitalar, garantindo uma prática segura e sem obstáculos na prestação de cuidados e na realização dos autocuidados dos utentes. Para além disso, existe uma sala para banho assistido com maca banheira destinada a utentes acamados que necessitam de ajuda total no autocuidado higiene. Em todos os WC dos quartos existe uma cadeira sanitária que permite assistir nos autocuidados de eliminação e de higiene com o utente sentado.

Segundo o Relatório Anual Sobre o Acesso a Cuidados de Saúde (RASACS, 2022), na área de abrangência do centro hospitalar existem 237 mil habitantes. De acordo com a PORDATA (2022), Portugal é o segundo país da União Europeia com o maior índice de envelhecimento (185,3), sendo também o segundo país com maior índice de dependência (37,6). Neste sentido, os utentes do serviço de medicina são maioritariamente idosos com múltiplos internamentos com predomínio de patologias do foro neurológico e respiratório, com elevado grau de dependência e défice de autocuidado, sendo o serviço de medicina um local privilegiado para o desenvolvimento deste projeto. Estes utentes necessitam cuidados específicos de Enfermagem de Reabilitação, de modo a adquirir a maior independência possível.

Esta unidade hospitalar presta cuidados de saúde em articulação com duas outras unidades hospitalares. O serviço de medicina recebe a maior parte dos seus utentes, através de transferências do serviço de urgência médico-cirúrgica de outra unidade hospitalar, sendo a menor parte das transferências de outros serviços.

Neste edifício/unidade hospitalar estão centralizados a maior parte dos serviços cirúrgicos da ULS, por ser a unidade com mais salas no bloco operatório, tendo 3 serviços de internamento de cirurgia geral, sendo um misto, composto por utentes de cirurgia geral, cirurgia plástica e de medicina. Além dos serviços de cirurgia, bloco operatório e unidade de cuidados pós anestésicos (UCPA), esta unidade é constituída pelos serviços de psiquiatria, medicina, urgência básica, cuidados paliativos, hospital de dia, oftalmologia, consulta externa, consulta da dor e urologia.

A equipa multidisciplinar do serviço de medicina, é constituída por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, assistente social e administrativa. Além destes profissionais, existem outros de diversas especialidades que colaboram quando solicitados nos cuidados prestados neste serviço, tais como, terapeutas da fala e psicólogos, dietista e fisioterapia no turno da manhã e somente em dias uteis. Os utentes que apresentam condições clínicas estáveis deslocam-se em cadeira de rodas ao serviço de fisioterapia, uma vez que as instalações desse serviço possuem meios mais diferenciados, tais como ginásio, piscina, entre outros.

Quanto à equipa de enfermagem é composta por 24 enfermeiros, sendo que 1 elemento desempenha funções de enfermeiro gestor e é especialista em reabilitação. Dos restantes 23 enfermeiros, 2 têm a especialidade em enfermagem de reabilitação, mas devido à falta de enfermeiros no serviço estão todos escalados para a prestação de cuidados gerais, o que dificulta o apoio aos alunos da especialidade. Os enfermeiros desenvolvem projetos de intervenção nas respetivas áreas de especialidade em contexto de método de avaliação do desempenho, sendo atribuído um determinado número de horas para o desenvolvimento dos respetivos projetos, apenas quando o serviço o permite. Muitas vezes, os enfermeiros efetuam horas extras para conseguir realizar os mesmos trabalhos.

1.3. SERVIÇO DE ORTOPEDIA

O estágio no serviço de Ortopedia decorreu num período de 6 semanas, entre 20 de novembro de 2023 e 26 de janeiro de 2024, sendo interrompido durante duas semanas para férias de Natal. No decorrer deste ensino clínico, foram desenvolvidas competências na área da reabilitação de utentes com disfunções ortopédicas e traumatológicas.

O serviço de ortopedia situa-se no 8º piso, ala poente do hospital, tendo como acessos as escadas ou 5 elevadores, sendo permitidas as visitas, apenas em 3 elevadores. Apresenta 30 camas de internamento, divididas por 9 quartos, com 3 camas por quarto, um WC com sanita e lavatório e uma pequena sala com chuveiro por quarto triplo. No final do corredor, no mesmo serviço encontram-se 3 quartos individuais com instalações sanitárias próprias, que são normalmente utilizados para utentes que necessitam de isolamento. A unidade do utente é composta pela cama, mesa de cabeceira, 1 armário e um cadeirão, tendo acesso ao WC e à sala de duche. Os quartos apresentam espaço suficiente, de modo a garantir uma prática segura e sem obstáculos na prestação de cuidados e na realização dos autocuidados dos utentes. Para além disso, existe uma sala para banho assistido, que permite a utilização de uma maca banheira, destinada a utentes acamados que

necessitam de ajuda total no autocuidado higiene. E em todos os WC dos quartos existe uma cadeira sanitária que permite assistir nos cuidados de higiene com o utente sentado, assim como alteador de sanita.

Este serviço, quanto aos recursos materiais, apresenta um armazém de ajudas técnicas, com cadeiras de rodas, cadeirões, andarilhos, canadianas, pirâmides (tripés), ortóteses, 3 aparelhos de artromotor, halteres, bastões, entre outros equipamentos, que possibilitam a prática especializada na área de ER.

Os recursos físicos e materiais correspondem globalmente às necessidades dos utentes e dos profissionais nos processos assistenciais, considerando a variedade de espaços e os equipamentos acima identificados.

O serviço de ortopedia, é constituído por um conjunto de recursos humanos de diferentes categorias profissionais. A equipa multidisciplinar é constituída por 6 equipas de médicos ortopedistas, cada uma com 2 a 4 elementos, (designadas por equipa A, B, C, D, E e F), sendo que um médico acumula as funções de direção de serviço. E por outros profissionais, enfermeiros, assistentes operacionais, assistente social, administrativa, dietista e terapeutas, de modo a garantir o regular funcionamento do serviço. A equipa de enfermagem é formada por 23 enfermeiros, sendo que 1 elemento desempenha funções de enfermeiro gestor e é especialista em médico-cirúrgica. Dos restantes 22 enfermeiros, 3 têm a especialidade em enfermagem de reabilitação, mas também prestam cuidados gerais, uma vez que no turno da manhã fica apenas 1 enfermeiro especialista a prestar cuidados de ER, rotativamente. Este facto deve-se à falta de enfermeiros generalistas e especialistas para cumprir a escala de enfermagem. A equipa de fisioterapia trabalha em colaboração com a equipa de enfermagem de reabilitação, formando uma articulação muito positiva e harmoniosa.

Neste serviço, surgem utentes com patologia osteoarticular resultante de doença degenerativa, neoplásica ou traumática. Os diagnósticos de internamento estão relacionados com a ortotraumatologia e cirurgias programadas. A artroplastia total da anca (ATA) e a artroplastia total do joelho (ATJ), decorrentes do processo degenerativo articular, são as cirurgias programadas mais frequentes no serviço, com 3 ou 4 dias de internamento, pelo que o serviço apresenta uma grande rotatividade de utentes. No entanto, a estes diagnósticos podem-se associar outras patologias do foro médico que agravam os processos de incapacidade ou limitações de funcionalidade com um aumento do número de dias de internamento. Nestes casos, estes utentes ficam internados num serviço misto, com utentes de medicina interna e do foro ortopédico.

O grande número de cirurgias eletivas facilita os processos de intervenções personalizadas, com uma abordagem pré-operatória mais estruturada, no entanto devido à escassez de enfermeiros nos serviços e à rotatividade das camas hospitalares, os utentes são internados com pouca antecedência em relação à cirurgia, não sendo possível a realização de uma consulta de enfermagem pré-operatória e os respetivos ensinamentos sobre a cirurgia. Os ensinamentos decorrem ao longo do internamento, acompanhados do processo de reabilitação, sendo também realizada a preparação para a alta e entregues folhetos informativos ao utente e à família.

Nos dias úteis, realiza-se uma pequena reunião no turno da manhã, cerca de 15-20 minutos, onde participam o diretor de serviço, médicos ortopedistas, médico anestesista, enfermeiro de reabilitação e assistente social. Estas reuniões são muito importantes e têm como objetivo fazer um ponto de situação relativamente a cada utente internado, evolução e prognóstico. Trata-se de um momento privilegiado em termos de trabalho de equipa, com grande ênfase nos cuidados de enfermagem de reabilitação, sendo o ER o elemento com maior participação ao fazer uma avaliação de cada utente, onde muitas vezes o médico informa de especificidades/complicações cirúrgicas importantes para a continuidade dos cuidados de reabilitação. Estas reuniões permitem também estabelecer uma articulação com a assistente social relativamente à necessidade de referenciar utentes para a rede nacional de cuidados continuados. Muitos destes utentes eram independentes, mas viviam sozinhos sem apoio familiar; como precisavam de mais tempo até recuperar a independência prévia, bem como efetuar deslocações para continuar com o processo de reabilitação, preferiam ficar 30 dias nos cuidados continuados. Neste estágio, foi possível observar o quanto o trabalho do ER é valorizado pelas equipas médicas, porque contribui para a independência nas atividades de vida diária, satisfação do utente e para a alta, o mais precoce possível, colaborando para o desempenho da atividade cirúrgica.

1.4 - CENTRO DE MEDICINA DE REABILITAÇÃO DE ALCOITÃO

Nos dias 20 e 21 de novembro de 2023, integrei em estágio de observação a equipa de enfermeiros de reabilitação do serviço de AVD, no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão.

Esta instituição pertence à Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, sendo reconhecida, nacional e internacionalmente, pelos cuidados especializados que disponibiliza no âmbito da medicina física e de reabilitação, em regime de internamento e de ambulatório. A prestação de cuidados de excelência, baseados na melhor evidência científica tem sido fundamental para o

sucesso e credibilidade desta instituição. A equipa multiprofissional, reúne-se todas as semanas para avaliar os utentes, tendo em consideração o ponto de vista dos diversos profissionais; médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas e outros terapeutas. Assim, no sentido de avaliarem as necessidades do utente, trocam experiências e planeiam objetivos com vista a atingirem os melhores resultados possíveis, tais como a autonomia e a independência, seguindo uma abordagem centrada no utente/família e na sua reintegração na sociedade.

Nos dias referidos anteriormente, foi possível visitar este centro, observar as dinâmicas dos diversos serviços e participar nas intervenções de reabilitação ao doente neurológico. Na sala de treino de AVD, encontravam-se simulados os diversos espaços de uma casa e os EEER desenvolviam intervenções restaurativas da funcionalidade. Quando o utente apresentava baixo potencial e se definia como objetivo melhorar a sua independência, eram treinadas/desenvolvidas competências e estratégias compensatórias para melhorar a adaptação ao meio ambiente.

2. ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

2.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste subcapítulo, apresenta-se o enquadramento teórico da estratégia de intervenção profissional, que permitiu a aquisição de competências de Enfermagem de Reabilitação (ER).

2.1.1. Envelhecimento

O envelhecimento acompanhado de doenças crónicas, bem como, a capacitação, o autocuidado e a dependência são conceitos fundamentais na elaboração deste relatório. Por conseguinte, é essencial definir conceptualmente estes temas.

No que concerne ao envelhecimento, Portugal é o segundo país da União Europeia com o maior índice de envelhecimento de idosos (185,3), sendo também o segundo país com maior índice de dependência (37,6) (PORDATA, 2022). Tendo em consideração dados do ano de 2020, a esperança média de vida à nascença foi estimada em 81,1 anos, sendo mais elevada para as mulheres (84,1 anos), do que para os homens (78,0 anos) (INE, 2022). Relativamente à existência de informação sobre limitações devido a problemas de saúde, a estimativa de anos de vida saudável à nascença era de 59,7 anos, mais baixa para as mulheres (58,7 anos), do que para os homens (60,8

anos). No mesmo período, em comparação com os países da União Europeia (EU), Portugal posicionava-se em 11º lugar, quanto ao número de anos de vida saudável após os 65 anos, com um valor de 7,7 anos, inferior em 2,1 anos à média europeia que era de 9,8 anos. O que significa que, em média os portugueses vivem 72,7 anos de vida saudável e 8,4 anos com doença, uma vez que à data, a esperança média de vida era 81,1 anos (INE,2023).

No entanto, os dados demográficos evidenciam que Portugal segue a tendência dos países desenvolvidos, com os cidadãos a viverem cada vez mais anos. Esta realidade é o reflexo de uma melhoria global das condições de vida, bem como do acesso aos avanços da medicina e da tecnologia. Atualmente, está-se perante uma população envelhecida, apresentando uma taxa de fecundidade baixa, e que enfrenta novos desafios de saúde, onde as doenças crónicas têm um peso crescente. Além disso, os estilos de vida atuais revelam padrões comportamentais associados a fatores de risco determinantes para a saúde que não podem ser descurados (SNS, 2018).

Nas últimas décadas, tem sido cada vez mais evidente a inversão das pirâmides etárias em Portugal, com um aumento exponencial da população idosa em relação ao número de nascimentos. De acordo com estimativas, até 2080, o número de idosos em Portugal irá aumentar de cerca de 2,2 milhões para 3 milhões, e o índice de envelhecimento aumentará de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens, ou seja, este valor quase duplicará (INE, 2020). De acordo com dados de 2021, verifica-se uma tendência para o agravamento desta situação, sendo que, ocorreram 78,8 mil partos em Portugal, o que significa menos 5 017 do que em 2020 (INE, 2023).

De acordo com Vieira (2021), o envelhecimento da população portuguesa e o aumento da esperança média de vida ao longo dos anos, conduz a uma maior prevalência de doenças crónicas. Este facto resulta num aumento exponencial no número de pessoas com limitações físicas, emocionais e cognitivas, que inevitavelmente as levam a um maior grau de dependência. O aumento de anos de vida não tem sido acompanhado por um aumento equivalente de anos de vida saudável, sendo marcados por maior fragilidade, dependência e prevalência de doenças. As patologias crónicas e a diminuição do nível de atividade física contribuem para que a população idosa seja um grupo vulnerável com incapacidades funcionais, um fenómeno que é reconhecido como, um importante indicador de mortalidade.

Segundo o INE (2023), em Portugal no ano de 2020, as doenças do aparelho circulatório, nas quais se inclui o AVC, e os tumores malignos foram as duas principais causas de morte. No seu conjunto, estes dois grupos de doenças concentraram quase 51% dos óbitos ocorridos no país, sendo o valor resultante das doenças do aparelho circulatório mais elevado com 28,0% do total de óbitos.

De acordo com Araújo et al. (2021), as Doenças Cérebro Vasculares (DCV), constituem um grave problema e saúde pública em Portugal, sendo há vários anos a principal causa de morte/incapacidade e representam muitas vezes uma tragédia pessoal e familiar. As taxas de mortalidade associadas ao AVC, apresentam uma diminuição nos últimos anos. Porém, a morbilidade associada à patologia apresenta um enorme impacto social. Neste sentido, considera-se necessária a implementação de abordagens integradas, com o intuito de promover uma adaptação adequada da pessoa na sociedade.

O AVC é a principal causa de morte e incapacidade em Portugal e metade dos sobreviventes ficarão com sequelas incapacitantes. As consequências do AVC, podem ser diversas: dificuldade na mobilização de um membro, alteração da linguagem com dificuldade de expressão ou de compreensão e alterações ao nível da visão, deglutição, equilíbrio, sensibilidade, entre outras. Cerca de um terço destes utentes, poderão ficar com défices cognitivos e dor crónica, pelo que é fundamental um plano adaptado às suas necessidades (Fonseca, 2021).

De acordo com os vários estudos, o envelhecimento da população, o aumento das doenças crónicas e os hábitos associados aos estilos de vida, trouxeram desafios aos serviços de saúde, tanto no que diz respeito aos cuidados de saúde, como ao nível da promoção da saúde e prevenção da doença. A saúde pública em Portugal defronta uma nova ambição, como área de intervenção capaz de dar resposta à profunda mudança que o país enfrenta em relação ao seu perfil demográfico e epidemiológico. Deste modo, são necessárias novas abordagens e intervenções em saúde que se reflitam em programas prioritários com resultados reconhecidos internacionalmente.

Para enfrentar os fatores de risco responsáveis pelas doenças crónicas, foram desenvolvidos programas específicos para o tabagismo, alimentação saudável, atividade física, diabetes, doenças cérebro cardiovasculares, doenças oncológicas e respiratórias (SNS, 2018). A produção de conhecimento deverá ocorrer utilizando modelos de intervenção que sejam adaptados às exigências do autocuidado (AC), com ênfase na funcionalidade, na promoção de autonomia e no bem-estar das pessoas (Gonçalves et al., 2023).

2.1.2. Capacitação para o autocuidado

Capacitar é um processo complexo que engloba conhecimento, tomada de decisão e ação. Todavia, os conhecimentos são construídos e fundamentados em valores individuais, os quais se alteram ao longo do tempo, e são influenciados por fatores sociais, culturais e religiosos. Esta formação de conhecimento influencia a decisão em relação à ação, que por sua vez é determinada

pela decisão tomada, pela capacidade de realização e pelos recursos disponíveis para a sua execução (Reis & Bule, 2017). Neste contexto, a capacitação é um processo que abrange os domínios cognitivo, físico e material (Reis & Bule, 2017; Sousa et al., 2020).

De acordo com Reis e Bule (2017), capacitar “(...) *traduz-se nas atividades de vida que garantem as condições básicas, como sejam comer e beber, mover-se, lavar-se e vestir-se, eliminar, entre outras.*” (p.57). Nas atividades mais complexas, a capacitação manifesta-se em atividades instrumentais, que visam a integração na comunidade, como aprender a utilizar meios de transporte, fazer compras, gerir a própria saúde e assumir responsabilidades pessoais (Reis & Bule, 2017).

Durante o ciclo vital, a pessoa pode deparar-se com ocorrências que afetam a satisfação das suas necessidades básicas como ser humano. No entanto, procura adaptar-se, utilizando recursos e competências, para restabelecer a satisfação dessas necessidades. O EEER, que acompanha esta sequência de eventos, deve intervir de modo a promover a maior independência possível. A capacitação está associada ao objetivo de criar condições e incentivos pelos quais a pessoa deseje superar-se (Reis & Bule, 2017).

Nesta perspetiva, na sua prática o EEER deve implementar um processo de capacitação, tendo como foco de atenção o conhecimento e a aprendizagem de capacidades da pessoa. O EEER utiliza o seu conhecimento para capacitar a pessoa na tomada de decisão, de modo a maximizar a sua autonomia, por meio de intervenções que visam ensinar e orientar. Contudo, a aprendizagem de capacidades envolve a aplicação do conhecimento adquirido através do empoderamento e da tomada de decisão, de modo a aumentar a independência da pessoa na realização das atividades básicas e instrumentais de vida diária (Sousa et al., 2020). Nesse contexto, o EEER implementa intervenções como; instruir, treinar a técnica e treinar o uso, para promover a aquisição de ganhos, possibilitando a melhoria da competência na realização dessas atividades e a integração de uma nova identidade (Sousa et al., 2020).

O processo de capacitação não abrange apenas a pessoa como uma entidade individual. O seu contexto familiar, laboral e social também desempenha um papel significativo no desenvolvimento de conhecimentos e aquisição de competências. No entanto, a atuação do EEER, tendo como foco o conhecimento e a aquisição de competências pela pessoa, promove o empoderamento, a tomada de decisão e a ação, possibilitando o desenvolvimento de habilidades e capacitando a pessoa para lidar com os desafios do quotidiano, resultantes de processos de transição (Sousa et al., 2020).

Face ao envelhecimento populacional e ao aumento das doenças crônicas, os profissionais de saúde, enfrentam o desafio de compreender os fatores subjacentes a esses fenômenos e de repensar modelos de intervenção mais adaptados às necessidades individuais (Reis et al., 2021). Deste modo, o ER deve dirigir a sua ação para a promoção de aprendizagens significativas e fornecer estratégias adaptativas para aumentar a independência da pessoa na realização das suas atividades diárias, contribuindo para a promoção do autocuidado (Petronilho et al., 2021).

Dorothea Orem introduziu o conceito de autocuidado, o qual serviu de alicerce para o desenvolvimento de várias teorias de médio alcance, mencionadas anteriormente. Essas teorias têm sido utilizadas como referência em diversos estudos que analisam práticas de autocuidado, investigam os fatores que o influenciam e avaliam o impacto das intervenções de enfermagem no autocuidado (Fonseca, 2013).

O autocuidado é considerado o foco central no processo de Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação (CEER), sendo crucial para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) capacitar funcionalmente a pessoa no desempenho de atividades de vida diária (AVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD). Para isso, são implementados programas de reabilitação personalizados de acordo com o contexto individual da pessoa, a fim de torná-la ativa e participativa no seu plano de intervenção do autocuidado (Vigia et al, 2017).

De acordo com Orem (2001), a pessoa tem a capacidade de satisfazer as suas necessidades de autocuidado e/ou as dos seus dependentes. No entanto, ao longo da vida, por diversas razões, as necessidades de autocuidado ultrapassam essa capacidade, conduzindo a um déficit de autocuidado. Neste contexto, a intervenção de Enfermagem torna-se necessária.

A Teoria do Déficit de Autocuidado (TDAC) de Orem inclui três teorias interligadas: a Teoria do Autocuidado (TAC), a TDAC e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (TSE). Assim, a enfermagem intervém com o objetivo de identificar as necessidades de autocuidado e implementar intervenções para restabelecer a função, utilizando abordagens parcialmente compensatórias, de apoio e educacionais, de acordo com as necessidades da pessoa (Orem, 2001).

O EEER avalia o déficit de AC, institui objetivos de forma a ajustar as intervenções de acordo com as necessidades da pessoa. Deste modo, é fundamental envolver a pessoa ativamente no seu plano de reabilitação e capacitação, com vista à sua independência, tendo em consideração o seu potencial para adquirir capacidades adaptativas e desenvolver ou retomar o autocuidado de forma eficaz (Silva et al., 2018). Esta intervenção do EEER, centrada no autocuidado, é sistematizada e intencional para a maximização do potencial e capacitação da pessoa no

desempenho do autocuidado, com vista à maximização da sua autonomia e qualidade de vida (Silva et al., 2018; Ribeiro et al., 2021).

Segundo (Orem, 2001), o autocuidado é uma conduta aprendida decorrente de experiências cognitivas, culturais e sociais. Tendo a mesma autora definido o autocuidado como “*Uma função humana reguladora.*” e “*(...) uma ação deliberadamente realizada pelas pessoas para regularem o seu próprio funcionamento e desenvolvimento (...)*” (p.45). Mais tarde, o Conselho Internacional de Enfermagem (ICN) definiu autocuidado como a “*(...) atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária*” (ICN, 2015, p.42).

No entanto, a aptidão de cada pessoa para o autocuidado está ligada às suas habilidades, conhecimentos e vivências. Assim, a pessoa é considerada um agente de autocuidado. Quando a pessoa perde essa capacidade, é necessário que outra pessoa a substitua, sendo então chamada de agente dependente de cuidados. É nessa última circunstância, que o enfermeiro desempenha um papel essencial e compensatório (Lourenço, 2015).

As teorias de enfermagem destacam que o principal foco de ação dos enfermeiros é a promoção da independência para o autocuidado. Assim, perante a ausência temporária ou permanente de capacidade funcional, o enfermeiro deve orientar a sua intervenção na capacitação dos cuidadores, de modo a que possam responder de forma adequada às necessidades dos membros dependentes (Petronilho et al., 2021), considerando que o domicílio é o ambiente propício para o ser humano prosperar e manter-se em constante equilíbrio e bem-estar (Reis, 2018; Petronilho et al., 2021).

De acordo com Decreto-lei nº 101/2006 (2006), a dependência é definida como:

(...) falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada”, assim como a “ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária (p.3857).

A esperança média de vida em Portugal, conforme mencionado anteriormente, tem aumentado nos últimos anos, conduzindo a um aumento no número de pessoas idosas e dependentes. No entanto, a dependência não é apenas consequência do envelhecimento, mas também está associada a outros fatores, como deficiências congénitas ou adquiridas, doenças oncológicas ou degenerativas e acidentes de trabalho ou viação (Saraiva, 2011).

A dependência no autocuidado leva-nos a um processo complexo e multidimensional. Este facto implica alterações significativas na vida da pessoa, o que requer o desenvolvimento de competências adaptativas (Meleis et al., 2000; Silva, 2007).

A Teoria das Transições de Meleis surge da observação da forma como as pessoas lidam com mudanças e adaptações na sua condição de vida, sendo desenvolvida ao longo de 40 anos. Esta teoria possibilita compreender o processo de transição e identifica conceitos fundamentais para a prática de enfermagem (Meleis, 2010). Este autor define transição como uma passagem ou movimento de uma fase da vida, condição ou estado para outro, sendo que a transição conduz a “(...) uma mudança significativa na condição de saúde, através da alteração de processos, papéis ou estados, como resultado de estímulos e de novos conhecimentos, o que poderá ter como consequência a mudança de comportamentos e uma outra definição de si no contexto social.” (Meleis et al, 2000).

De acordo com este modelo teórico, as transições podem ser classificadas em quatro tipos distintos: saúde/doença, desenvolvimento, situacional e organizacional. A transição de saúde/doença ocorre quando há uma mudança de um estado saudável para um estado de doença; o de desenvolvimento refere-se a mudanças ao longo do ciclo de vida; o situacional está associado a alterações nos papéis anteriormente desempenhados; e o organizacional está relacionado com mudanças ambientais, sociais, políticas, económicas, dentro da própria organização (Meleis, 2010; Silva et al., 2019).

Para simplificar os vários conceitos de transição e aplicá-los na prática dos EEER, a transição de saúde/doença refere-se a uma alteração no estado de saúde ou a uma situação de doença. Esta mudança é desencadeada por um estado de doença, conduzindo a pessoa a transitar de um estado saudável para um estado de doença, ou a um agravamento da sua condição de saúde. A transição de desenvolvimento está relacionada com as diferentes fases da vida da pessoa, assim como a sua idade. Tendo como exemplos destas transições a infância, adolescência, envelhecimento e morte. Ao longo dessas fases da vida, a pessoa assume diversos papéis na sociedade, como o papel conjugal, parental e profissional. Associado à transição de desenvolvimento, surge frequentemente a transição situacional, que está ligada a mudanças nos papéis educacionais e/ou profissionais. Nesta transição, o EEER promove a transmissão do conhecimento e o desenvolvimento da capacidade da pessoa e do seu cuidador de adquirirem competências, proporcionando a reconstrução da independência e autonomia. No exercício da sua profissão, frequentemente os EEER encontram cuidadores a experienciar transições situacionais,

sendo crucial identificar as necessidades relacionadas com o desenvolvimento desses novos papéis.

Por fim, é essencial mencionar a transição organizacional, que se refere a mudanças ambientais que afetam a vida da pessoa, incluindo as regras e o funcionamento da organização. A hospitalização domiciliária é um exemplo de uma transição organizacional (Meleis, 2010; Silva, et al., 2019).

No processo de transição, é crucial destacar as interações entre o enfermeiro e a pessoa, conferindo uma grande relevância à experiência individual de cada um. Meleis (2010) identifica como objetivo terapêutico de enfermagem a conceptualização e a abordagem dos potenciais problemas e os desafios enfrentados pelos intervenientes, ao longo do processo de transição.

No entanto, em qualquer fase da vida da pessoa, o confronto com situações de doença, a escassez de recursos, a presença de fatores externos limitantes ou situações em que a necessidade excede a capacidade de resposta da pessoa, resultam frequentemente em episódios de dependência física e debilidade mental, resultando em défices no autocuidado (Collière, 2003; Louro, 2009). Deste modo, a pessoa dependente é aquela que, ao longo de um certo período, requer assistência de terceiros ou de equipamentos para realizar as suas atividades de autocuidado (Araújo, 2010). Essa situação requer assistência especializada, o que justifica a necessidade de cuidados de enfermagem diferenciados (Couto, 2012). Assim, o conhecimento dos enfermeiros, quanto ao grau de dependência das pessoas, relativamente ao autocuidado e em todas as atividades realizadas, além de permitir prestar cuidados personalizados, possibilita planear e implementar intervenções concretas ajustadas às necessidades específicas de cada pessoa (Duque, 2009 citado por Ribeiro, et al., 2014). Além disso, a dependência pode surgir em qualquer fase da vida da pessoa, não se limitando apenas à velhice, como geralmente acontece (Petronilho, 2012; Duque, 2009 citado por Ribeiro, et al., 2014).

2.1.3. Ganhos Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Conforme mencionado anteriormente, constata-se um aumento significativo no número de idosos, de pessoas dependentes e com doenças crónicas. Paralelamente, surgem cada vez mais expectativas em relação aos processos de cura. Assim, torna-se relevante destacar quais as intervenções de saúde que oferecem os melhores resultados para as populações (Pinto, 2019).

As organizações estão cada vez mais centradas em questões relacionadas com a qualidade dos cuidados, o desempenho organizacional e a eficiência financeira, isto é custo-eficácia, pelo

que é essencial avaliar os resultados da prestação de cuidados. No entanto, os profissionais de saúde enfrentam, cada vez mais, desafios em termos de demonstrar que os cuidados de saúde que prestam se refletem nos melhores resultados para as pessoas cuidadas, sendo que, é crucial identificar os resultados associados à sua intervenção. Desta forma, é imprescindível que os enfermeiros nas áreas onde prestam cuidados, evidenciem a sua contribuição para alcançar ganhos em saúde, com benefício na qualidade dos cuidados prestados e para um planeamento em saúde adequado (Doran, 2011).

Os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem englobam todos os resultados que sejam relevantes e nos quais exista intervenção de enfermagem com evidência empírica, comprovando assim o impacto da ação dos enfermeiros (Doran, 2011). No mesmo sentido Amaral (2010) menciona que os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem são todos aqueles que de alguma forma sofreram influencia de ações ou decisões de enfermeiros.

De modo a avaliar a sensibilidade dos resultados aos cuidados de enfermagem Moorhead, Johnson, Maas e Sawnsen (2014) instituíram os seguintes critérios:

Uma intervenção de enfermagem produziu um resultado positivo; Uma intervenção de enfermagem influenciou um resultado positivo; Uma intervenção de enfermagem foi realizada com a intenção de produzir ou influenciar o resultado; Uma intervenção de enfermagem produziu melhoria ou manutenção do resultado ou impediu a deterioração, ou a ocorrência de um desfecho negativo; A intervenção de enfermagem ocorreu antes da observação do desfecho; A incapacidade de fornecer intervenção de enfermagem resultou na incapacidade de alcançar um resultado positivo ou para evitar um resultado negativo; As intervenções que produziram ou influenciaram o resultado estão no âmbito da prática de enfermagem (p. 9).

Segundo Doran (2011), os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem referem-se aos efeitos ou consequências das intervenções realizadas por enfermeiros. Esses resultados podem manifestar-se em mudanças no estado de saúde, no comportamento, percepção e na resolução de problemas potenciais ou reais. De acordo com os autores White, et al. (2005) e Doran (2011), os resultados positivos dos cuidados de enfermagem podem ser classificados nas seguintes dimensões: Resultados Funcionais- resultados relacionados com o estado funcional e com a capacidade para realizar o autocuidado; Resultados Clínicos- resultados relacionados com a gestão e controlo de sintomas; Resultados Seguros- resultados relacionados com a prevenção de acidentes e complicações; Resultados Percetuais- resultados relacionados com a satisfação das pessoas a quem lhe foram prestados cuidados.

Além das dimensões referidas anteriormente, também podem ser considerados resultados positivos dos cuidados de enfermagem, a promoção para a saúde através de atividades como a adoção de estilos de vida saudáveis e a redução de comportamentos de risco (Doran, 2011).

No entanto, o autocuidado é um dos resultados considerados sensíveis aos cuidados de enfermagem, conforme documentado na literatura. Contudo, este resultado tende a ser menos monitorizado em comparação com outros indicadores de serviços de saúde prestados à população, o que resulta em pouca evidência sobre a qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros (Vieira, 2021).

A avaliação da capacidade funcional de um indivíduo requer a utilização de uma linguagem internacionalmente reconhecida e aceite por diversos grupos profissionais. Dessa forma, os enfermeiros devem realizar essa avaliação utilizando uma linguagem internacional que facilite a comunicação dos problemas entre diferentes profissionais e sistemas de saúde, permitindo assim a programação de cuidados e políticas de saúde adequadas (Fonseca, 2013).

Neste contexto, desenvolveu-se uma linguagem internacional pela OMS, uma Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) e outra referente a Incapacidade e Saúde (Direção Geral de Saúde [DGS], 2004). Desta forma, permite estabelecer uma linguagem universal, facilitando a comunicação no campo da saúde e nas diversas disciplinas e áreas científicas, a nível mundial (Fonseca, 2013).

Fonseca (2013) elaborou um modelo de autocuidado destinado a pessoas com 65 anos ou mais, que se baseia em três conceitos cruciais: a funcionalidade, o autocuidado e a capacidade de conhecimento. A funcionalidade pode ser descrita como uma interação entre os fatores contextuais (fatores ambientais ou pessoais) e a condição de saúde, numa interação dinâmica entre os fatores. Qualquer mudança num dos elementos pode modificar vários, afetando a capacidade funcional da pessoa. A capacidade funcional permite que a pessoa realize suas atividades diárias (AVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD), essenciais para a satisfação do autocuidado (Padrões da Qualidade, 2018). Como referido anteriormente o autocuidado, é definido como: *“Atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária”* (CIPE, 2018, p. 12).

Com o objetivo de avaliar a funcionalidade e definir necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação, tendo por base a CIF é apresentando o instrumento de avaliação Elderly Nursing Core Set (ENCS), composto por 25 questões. A cada questão é realizada uma resposta através de uma escala tipo likert com um máximo de 5 pontos, sendo esta pontuação

expressa numa escala de orientação positiva (0. Não há problema: 0-4%; 1. Problema ligeiro: 5-24%; 2. Problema moderado: 25-49%; 3. Problema grave: 50-95%; 4. Problema completo: 96-100%). Este instrumento permite a avaliação de 4 fatores: o autocuidado, a aprendizagem e funções de memória, a comunicação e o ambiente (Lopes & Fonseca, 2013).

De acordo com Sequeira (2007), a avaliação inicial da funcionalidade deve ser efetuada com recurso a instrumentos como o Índice de Barthel (IB). Segundo a DGS (2011a), o IB é composto por 10 itens que correspondem às atividades de vida diária (AVD): alimentação, transferências, toalete, utilização do WC, banho, mobilidade, subir e descer escadas, vestir, controlo intestinal e controlo urinário. A pontuação final varia de 0 a 100 pontos, em que 0 é uma incapacidade grave e 100 é sem incapacidade. Neste sentido, Mahoney e Barthel (1965) referem que uma pessoa que obtém uma pontuação de 100 no Índice de Barthel é aquela que apresenta continência de esfíncteres e consegue vestir-se, levantar-se, tomar banho, locomover-se e subir e descer escadas sem ajuda. Isso indica que a pessoa é totalmente independente e não requer assistência para realizar as suas atividades diárias de autocuidado. Por outro lado, uma pessoa com uma pontuação de 0 no Índice de Barthel não consegue realizar nenhuma das atividades diárias e é totalmente dependente.

O Índice de Barthel é um instrumento de avaliação simples e perceptível para todos os profissionais, o que permite que seja aplicado com precisão e eficiência por qualquer pessoa. Cada item avaliado é tão relevante quanto a pontuação total, uma vez que evidencia onde se apresentam os défices funcionais e a necessidade de atuação por parte do ER (Mahoney e Barthel, 1965).

Nesse sentido, Roper, Logan e Tierney (2001) mencionam que a avaliação do nível de dependência de uma pessoa é uma competência essencial para o enfermeiro. Essas competências são fundamentais para determinar quais as intervenções mais apropriadas, de modo a atingir os objetivos e capacitar a pessoa.

O EEER fundamenta a sua prática na evidência científica, orientando-a para a obtenção de resultados que correspondam às necessidades específicas das pessoas, de modo a dar resposta às novas exigências de cuidados especializados, com base em ganhos sensíveis aos CEER, permitindo a prestação de melhores cuidados e a equidade em saúde (Pereira, 2017).

2.2. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

A dependência no autocuidado tem gerado um impacto significativo nos âmbitos financeiro, social e de saúde da população. O EEER deve promover o autocuidado, para que o utente consiga atingir o máximo de independência possível na concretização das suas atividades de vida diária. Deste modo, ele deve contribuir para aprendizagens significativas, assim como fornecer estratégias adaptativas, incentivando o autocuidado. Contudo, é crucial identificar as intervenções de Enfermagem de Reabilitação que influenciam os ganhos sensíveis aos cuidados de reabilitação na capacitação da pessoa com alterações neurológicas e dependência no autocuidado, visando melhorar e garantir a satisfação dos cuidados prestados. Tendo em conta o exposto, foi realizada uma revisão sistemática da literatura (RSL) com o objetivo de identificar quais as intervenções que influenciam os ganhos sensíveis aos cuidados de ER na capacitação da pessoa com alterações neurológicas dependente no autocuidado.

2.2.1. Intervenções de Enfermagem de Reabilitação que influenciam os ganhos sensíveis aos cuidados de reabilitação na capacitação da pessoa com alterações neurológicas dependente no autocuidado

Os dados demográficos de Portugal revelam uma tendência comum aos países desenvolvidos, caracterizada por um aumento na esperança média de vida, um indicativo da melhoria global das condições de vida e do acesso a avanços médicos e tecnológicos. Atualmente, Portugal apresenta uma população progressivamente envelhecida, com uma taxa de fecundidade reduzida, enfrentando desafios de saúde emergentes, particularmente o aumento da prevalência de doenças crónicas. Esta realidade sublinha a necessidade de adaptar as políticas de saúde pública para atender às necessidades de uma população que está a envelhecer. Além disso, os estilos de vida atuais revelam padrões comportamentais associados a fatores de risco determinantes para a saúde que não podem ser descurados (SNS, 2018).

Nas últimas décadas, tem sido cada vez mais evidente a inversão das pirâmides etárias em Portugal, com um aumento exponencial da população idosa em relação ao número de nascimentos. De acordo com estimativas, até 2080, o número de idosos em Portugal irá aumentar de cerca de 2,2 milhões para 3 milhões, e o índice de envelhecimento aumentará de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens, ou seja, quase duplicará (INE, 2020). De acordo com dados de 2021, existe uma

tendência para agravamento desta situação, sendo que, ocorreram 78,8 mil partos em Portugal, menos 5 017 do que em 2020 (INE, 2023).

O envelhecimento da população portuguesa e o aumento da esperança média de vida ao longo dos anos, conduz a uma maior prevalência de doenças crónicas. Este facto resulta num aumento exponencial no número de pessoas com limitações físicas, emocionais e cognitivas, que inevitavelmente as levam a um maior grau de dependência. O aumento de anos de vida não tem sido acompanhado por um aumento equivalente de anos de vida saudável, sendo marcados por maior fragilidade, dependência e prevalência de doenças. As patologias crónicas e a diminuição do nível de atividade física contribuem para que a população idosa seja um grupo vulnerável com incapacidades funcionais, um fenómeno que é reconhecido como um importante indicador de mortalidade (Vieira, 2021).

Em Portugal, em 2020, as doenças do aparelho circulatório, onde se inclui o acidente vascular cerebral, e os tumores malignos foram as duas principais causas de morte. No seu conjunto, estes dois grupos de doenças concentraram quase 51% dos óbitos ocorridos no país, correspondendo as doenças do aparelho circulatório a 28% do total de óbitos (INE, 2023).

As doenças cérebro-vasculares representam um verdadeiro desafio de saúde pública em Portugal, mantendo-se como a principal causa de morte e incapacidade nos últimos anos. Estas patologias frequentemente culminam em severas consequências pessoais e familiares. Apesar de uma tendência de redução nas taxas de mortalidade associadas ao acidente vascular cerebral (AVC) nos anos recentes, a morbidade continua a exercer um impacto substancial sobre a sociedade. Portanto, é imperativo a implementação de estratégias integradas que facilitem a reintegração eficaz dos indivíduos afetados no tecido social (Araújo et al., 2021). As consequências do acidente vascular cerebral, podem ser diversas: dificuldade na mobilização de um membro, alteração da linguagem com dificuldade de expressão ou de compreensão e alterações ao nível da visão, deglutição, equilíbrio, sensibilidade, entre outras. Cerca de um terço das pessoas podem ficar com défices cognitivos e dor crónica, pelo que é fundamental um plano adaptado às suas necessidades (Fonseca, 2021).

O envelhecimento da população, o aumento das doenças crónicas e os hábitos associados aos estilos de vida, trouxeram desafios aos serviços de saúde, tanto no que concerne aos cuidados em si, como ao nível da promoção da saúde e prevenção da doença. A saúde pública e a reabilitação em Portugal enfrentam novos desafios e ambicionam expandir o seu papel como setores cruciais na resposta às significativas alterações demográficas e epidemiológicas que o país atravessa. Neste contexto, torna-se essencial desenvolver abordagens e intervenções inovadoras em saúde, que se

materializem em programas prioritários cujos resultados sejam reconhecidos e validados em âmbito internacional.

De acordo com Orem (2001), a pessoa tem a capacidade de satisfazer as suas necessidades de autocuidado e/ou as dos seus dependentes. No entanto, ao longo da vida, por diversas razões, as necessidades de autocuidado ultrapassam essa capacidade, conduzindo a um défice de autocuidado. Neste contexto, a intervenção de Enfermagem torna-se necessária (Orem, 2001).

Deste modo, o autocuidado é considerado o foco central no processo de Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação, sendo crucial para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação capacitar funcionalmente a pessoa no desempenho de atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária. Para isso, são implementados programas de reabilitação personalizados de acordo com o contexto individual da pessoa, a fim de torná-la ativa e participativa no seu plano de intervenção do autocuidado (Vigia et al., 2017).

O Enfermeiro de reabilitação avalia o défice de autocuidado, institui objetivos de forma a ajustar as intervenções de acordo com as necessidades da pessoa. Deste modo, é fundamental envolver o utente ativamente no seu plano de reabilitação e capacitação, com vista à sua independência, tendo em consideração o seu potencial para adquirir capacidades adaptativas e desenvolver ou retomar o autocuidado de forma eficaz (Silva et al., 2018). A intervenção centrada no autocuidado, é sistematizada e intencional para a maximização do potencial e capacitação da pessoa no desempenho do autocuidado, com vista à maximização da sua autonomia e qualidade de vida (Silva et al., 2018; Ribeiro et al., 2021).

O objetivo desta revisão sistemática da literatura é identificar as intervenções de Enfermagem de Reabilitação que influenciam os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, na capacitação da pessoa com alterações neurológicas com dependência no autocuidado.

METODOLOGIA

A Metodologia de Revisão Sistemática da Literatura (RSL), é um método de pesquisa que viabiliza a resposta a uma pergunta de investigação mediante a aplicação de critérios específicos para identificar, selecionar e avaliar estudos relacionados à temática em análise.

Esta revisão sistemática da literatura está alinhada com as diretrizes da metodologia PRISMA (Liberati et al., 2009) e do Instituto Joanna Briggs (JBI) (Aromataris et al., 2024), utilizando o método PICO (P – Participantes; I – Intervenção; C – Contexto/Controle; O –

Resultados). Nesse contexto, a seguinte pergunta central foi formulada: " Quais as intervenções de Enfermagem de Reabilitação que influenciam os ganhos sensíveis aos cuidados de reabilitação na capacitação da pessoa com alterações neurológicas dependente no autocuidado?"

P	População	Pessoas com alterações neurológicas dependente no autocuidado	Palavras-chave: "Rehabilitation or therapy; rehabilitation nursing; rehabilitation programs; health gains; functionality; stoke
I	Intervenção	Intervenções de reabilitação	
C	Comparação das Intervenções	Não aplicável	
O	Outcomes/ Resultados	Ganhos sensíveis aos cuidados de reabilitação na capacitação da pessoa	

Tabela 1- Questão de investigação PICO.

A pesquisa foi realizada na plataforma EBSCOHost – *Research Databases* em setembro de 2023. Através desta plataforma, foi possível aceder às seguintes bases de dados: CINAHL Plus with full text, MEDLINE with Full Text, MedicLatina e Psychology and Behavioral Sciences Collection. Os descritores utilizados foram "rehabilitation or therapy or treatment" or "rehabilitation nursing" or "rehabilitation programs" and "health gains" or "functionality" and "Stoke". Todos os descritores foram validados no MeSH (Medical Subject Heading) e no CINAHL Subject Headings. Os operadores booleanos utilizados foram "AND" e "OR". Os resultados obtidos foram limitados com recurso a critérios de inclusão: texto integral, idioma inglês e artigos com data de publicação entre setembro de 2018 e setembro de 2023.

A pesquisa resultou num total de 80 artigos. Após a análise dos resultados, observou-se que 4 destes artigos se encontravam em duplicado. Após a leitura do título e do resumo foram eliminados 34 artigos que não se enquadravam com o tema em estudo, resultando apenas 42 artigos para a leitura do restante texto.

Após a leitura e análise do texto completo foram selecionados 5 artigos para incluir nesta revisão sistemática da literatura. De forma sistematizada, o fluxograma da figura 1 demonstra as fases da pesquisa efetuada.

Os artigos foram submetidos à avaliação da qualidade metodológica de Joanna Briggs

Institute (JBI), satisfazendo mais de 50% dos critérios de qualidade propostos (Joanna Briggs Institute, 2021). Os níveis de evidência foram classificados segundo Melnyk & Fineout-Overholt Overholt (Melnyk & Fineout-Overholt, 2005).

O artigo foi registado no Prospero International prospective register of systematic reviews no dia 31-01-2024, com o ID - CRD42024503884.

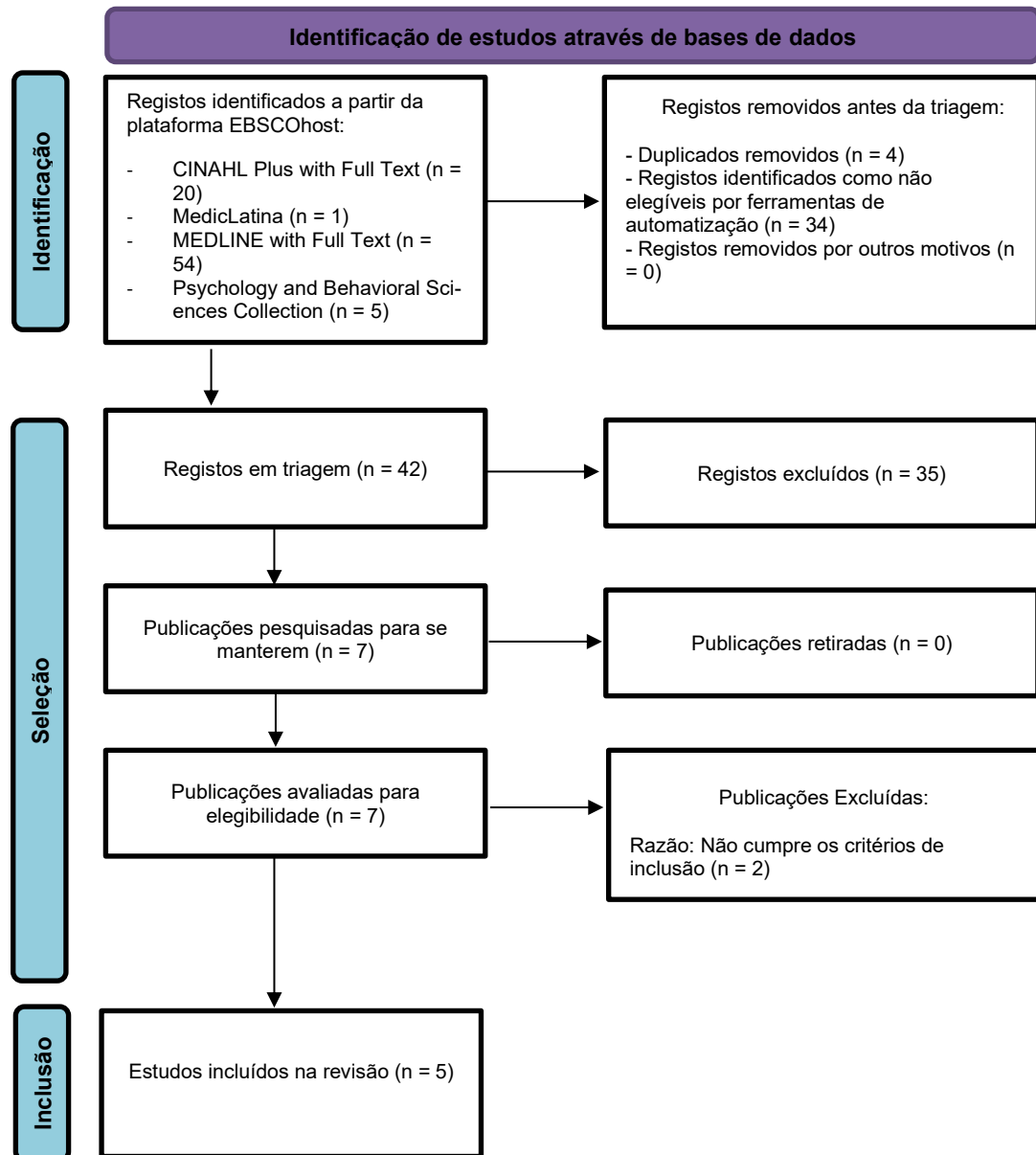


Figura 1- Fluxograma PRISMA da seleção de estudos.

RESULTADOS

Procedeu-se à leitura de vários artigos e subsequente análise do seu conteúdo. As características e principais resultados obtidos da análise dos artigos selecionados encontram-se sintetizados na Tabela 2.

Autores /Ano/Título	Participantes	Objetivos	Resultados/Conclusões
	Metodologia		
	Nível de Evidência		
Herrera-Hernández et al (2023); “Effect of rehabilitation on functionality/quality of life in stroke due to COVID-19”	21 utentes, com idade média de 53,57 anos, sexo masculino (66,7%). Estudo observacional prospetivo e longitudinal. O índice de Barthel, a Escala de Rankin modificada e o SF-12 foram utilizados para monitorizar a funcionalidade e a qualidade de vida. Nível de Evidência: 1.c	Avaliar a funcionalidade e a qualidade de vida de utentes com AVC isquémico devido à COVID-19, a cumprir programa de reabilitação neurológica, ao longo de 3 meses.	Após 3 meses de reabilitação, houve um aumento significativo na independência dos utentes em atividades diárias e funcionais, como evidenciado pelo índice de Barthel ($p < 0,01$) e pela escala Rankin modificada ($p < 0,01$). Também se registou uma melhoria na qualidade de vida, especialmente na componente física ($p = 0,02$) e nas dimensões de saúde geral ($p = 0,01$) e mental ($p = 0,04$). Uteses com AVC devido à COVID-19 que participaram no programa de reabilitação neurológica mostraram maior independência funcional e melhoria na qualidade de vida física após três meses no programa.
Branco et al (2019); “Assessing functional recovery in the first six months after acute ischemic stroke: a prospective, observational study”	131 utentes com AVC agudo localizado na artéria cerebral média em utentes com idade entre 18-85 anos.	Avaliar a progressão da recuperação funcional, durante as primeiras 24 semanas, após o	Durante o período do estudo (24 semanas), a funcionalidade dos doentes melhorou significativamente ($p < 0,001$), medida por todos os instrumentos. As

	<p>Estudo observacional prospectivo. Aplicada a Escala de Rankin modificada (mRS), a Medida de Independência Funcional (FIM) e a Escala de Capacidade dos Membros Superiores do AVC (SULCS).</p>	<p>AVC isquêmico agudo, para determinar os prazos de recuperação motora, cognitiva e global.</p>	<p>pontuações de avaliação melhoraram significativamente de 48 horas a 3 semanas para todos os instrumentos; o mesmo ocorreu de 3 semanas a 12 semanas, exceto para o domínio cognitivo da Medida de Independência Funcional (MIF). Em termos comparativos, o comprometimento cognitivo foi menos grave do que a incapacidade motora na fase aguda. As pontuações do domínio cognitivo da MIF às 48 horas foram significativamente mais elevadas do que as pontuações do domínio motor da MIF e Escala de Rankin modificada. As pessoas apresentaram melhorias funcionais estatisticamente significativas entre as primeiras 3 e 12 semanas, seguidas por melhorias não significativas e de menor magnitude entre 12 e 24 semanas.</p>
<p>Pinheiro et al (2021); “Effects of aerobic cycling training on mobility and functionality of acute stroke subjects: A randomized clinical trial”</p>	<p>20 utentes, 10 no grupo controlo (GC) e 10 no grupo Intervenção (GI) Ensaio clínico randomizado aleatorizado. GC realizou reabilitação convencional duas vezes/dia e o GI realizou reabilitação convencional e uma sessão de cicloergómetro por 5 dias consecutivos. Avaliações: força</p>	<p>Verificar os efeitos do treino com cicloergómetro em utentes com AVC ajudado: força muscular dos membros, velocidade da marcha, equilíbrio, mobilidade e funcionalidade.</p>	<p>A força muscular dos membros inferiores aumentou no grupo de intervenção (GI) comparado com grupo de controlo (GC). A análise intragrupo também foi positiva para o GC na mobilidade e funcionalidade. A reabilitação combinada com cicloergómetro apresentou melhores resultados na força muscular dos membros inferiores, mobilidade e funcionalidade.</p>

	<p>muscular por meio de dinamómetro, velocidade da marcha pelo teste de caminhada de 10 metros, equilíbrio pela <i>Berg Balance Scale</i>, mobilidade pela <i>UTI-Mobility-Scale</i> e funcionalidade pelo <i>Perme Score</i>.</p> <p>Nível de Evidência: 1.c</p>		
<p>Aguilar et al (2021); “Effectiveness of a Functional Rehabilitation Program for Upper Limb Apraxia in Poststroke Patients: A Randomized Controlled Trial”</p>	<p>38 utentes com idades entre 25 e 95 anos.</p> <p>Ensaio controlado aleatório. Os participantes foram distribuídos aleatoriamente em grupo de reabilitação funcional combinado (grupo de intervenção, n=19) e grupo de protocolo tradicional de educação sobre cuidados de saúde (grupo de controlo, n=19). Instrumentos: Índice de Barthel, Lawton, Brody e testes de <i>De Renzi</i></p> <p>Nível de Evidência: 1.c</p>	<p>Analisar a eficácia de um programa domiciliário de reabilitação restaurador e compensatório da apraxia dos membros superiores.</p>	<p>Os instrumentos foram avaliados em 3 momentos. Verificaram-se diferenças entre os grupos quanto à apraxia ideomotora, imitação de gestos, reconhecimento global de gestos, gestos intransitivos, e compreensão da produção de gestos ($p < 0.05$) a favor do grupo experimental. O programa de reabilitação funcional apresentou resultados superiores ao programa tradicional de educação em saúde. O grupo experimental apresentou melhorias na funcionalidade neuropsicológica pós-AVC. A educação convencional demonstrou um efeito insuficiente na recuperação da apraxia.</p>
<p>Ocal et al (2020); “Does Upper Extremity Proprioceptive Training Have an Impact on Functional</p>	<p>30 utentes com diagnóstico de hemiplegia crónica pós AVC, com idade entre 50-75 (média de 66 anos).</p>	<p>Investigar o efeito do treino proprioceptivo dos membros superiores na espasticidade e nas habilidades</p>	<p>O treino proprioceptivo dos membros superiores apresentou melhores resultados em utentes com hemiplegia crónica após acidente vascular cerebral do que a terapia</p>

Outcomes in Chronic Stroke Patients?"	Ensaio aleatório, controlado e prospectivo. Os participantes foram divididos em 2 grupos. O grupo de controlo recebeu um programa de reabilitação convencional e o grupo experimental recebeu programa convencional e treino proprioceptivo 5 dias por semana. Avaliados antes do tratamento e no final (6 semanas) com as escalas: Ashworth modificada (MAS), escala de avaliação motora de extremidade superior de Fugl-Meyer (FMA) e teste de braço de pesquisa de ação (ARAT) e escala de log de atividade motora-28 (MAL-28).	motoras funcionais em utentes com hemiplegia crónica após acidente vascular cerebral.	convencional, no aumento da frequência e qualidade do movimento nos membros superiores. Estes resultados demonstraram que programas de treino proprioceptivo devem ser adicionados aos métodos de reabilitação do AVC.
Nível de Evidência: 1.c			

Tabela 2- Síntese dos artigos analisados.

DISCUSSÃO

Nesta revisão sistemática, várias intervenções e estratégias de reabilitação foram levadas a cabo em diferentes contextos de saúde analisados.

No estudo realizado por Herrera, et al. (2023), participaram 21 utentes, com diagnóstico de AVC isquémico, admitidos num programa de reabilitação, numa unidade de cuidados terciários. Este estudo tinha o objetivo de avaliar o efeito da reabilitação neurológica na funcionalidade e

qualidade de vida. Foram realizadas técnicas de facilitação neuromuscular proprioceptiva, técnicas baseadas na metodologia de Brunnstrom destinadas a reduzir a espasticidade, treino de transferências, mobilização dos quatro membros, treino da marcha e atividades da vida diária. Além destas intervenções, um dos componentes da intervenção centrou-se na participação do cuidador principal no programa, sendo instruído sobre as técnicas e o objetivo a atingir, com vista à posterior reintegração do utente nas suas atividades de vida diária. No decorrer das sessões foi dado ênfase à escuta ativa e apoio emocional, assim como à inclusão de atividades ocupacionais. Concluiu-se que após a intervenção, os utentes apresentaram aumento da independência funcional e aumento da qualidade de vida na sua componente física.

Neste estudo evidenciou-se a importância do cuidador informal, que assume um papel fulcral no modelo de cuidados domiciliários. Inclusivamente, a inexistência destes cuidadores implica a impossibilidade de cuidados em todas as situações em que o utente esteja dependente. O cuidador é quem fora do âmbito profissional ou formal, cuida da pessoa numa situação de doença crónica, deficiência ou dependência parcial ou total, transitória ou definitiva, ou em outra condição de fragilidade e necessidade de cuidado (Lopes, 2021).

No estudo realizado por Branco et al. (2019), os utentes foram submetidos a um programa de reabilitação no internamento, sendo instruídos a posteriormente continuar o programa em casa. O programa de reabilitação incluiu reabilitação neurológica, reabilitação da fala e reabilitação direcionada para a componente ocupacional. Os exercícios de reabilitação neurológica incluíram: exercícios de equilíbrio, treino de coordenação, reabilitação das mãos, exercícios de alongamento e relaxamento, treino de marcha e postura. Os exercícios centraram-se principalmente na utilização do membro afetado, na sustentação e transferência simétrica do peso, na atividade em tapete ou no treino de marcha. O estudo concluiu que a recuperação funcional ocorre pelos menos até às 24 semanas após o AVC agudo, mas a maioria dos ganhos ocorre nas primeiras 12 semanas, enquadrando-se num período de aumento de neuroplasticidade. A função cognitiva tende a melhorar mais cedo que a função motora, com ganhos substanciais nas primeiras 3 semanas. Neste período, a reabilitação é essencial, uma vez que o sistema nervoso central encontra-se em adaptação contínua e dinâmica, tendo em conta a resposta intrínseca e extrínseca, assim como do nível de atividade de e estimulação recebidas (Toubarro, 2017).

Hong, et al. (2019) referem a importância da avaliação do utente com AVC, quanto ao seu potencial de recuperação, com o objetivo da tomada de decisão sobre as estratégias de reabilitação, uma vez que poderá ser benéfico a reabilitação intensiva durante o internamento. O estudo sugere ainda que, a reabilitação iniciada o mais precoce possível, apresenta melhores resultados no

domínio da autonomia do utente. Neste estudo, os autores referem que entre as 12 e 24 semanas, continuam a ocorrer ganhos na funcionalidade, o que realça a importância de manter o programa de reabilitação em contexto domiciliário (Branco et al., 2019). Este estudo revelou-se um bom instrumento de apoio ao desenvolvimento e otimização de programas de reabilitação podendo melhorar os resultados dos utentes.

Pinheiro et al. (2021), conduziram um ensaio clínico randomizado controlado para verificar os efeitos do treino de cicloergómetro na força muscular dos membros inferiores, velocidade da marcha, equilíbrio, mobilidade e funcionalidade de utentes com AVC agudo. Os utentes do grupo de controlo realizaram reabilitação convencional, baseada em cinesiterapia, alongamentos, treino de equilíbrio e treino de marcha. O grupo de intervenção realizou reabilitação convencional, sendo adicionada uma sessão diária de cicloergómetro, com exercícios passivos, ativos e resistidos. Os autores concluíram que a reabilitação convencional combinada com treino diário com cicloergómetro foi eficaz, conduzindo ao aumento da força muscular dos membros inferiores no grupo de intervenção quando comparado com grupo de controlo, seguindo a mesma tendência nas restantes avaliações. No mesmo sentido, outros autores referem que a reabilitação combinada com o treino de cicloergómetro melhora significativamente a função motora de utentes pós-AVC (Duc et al., 2023), com a redução da espasticidade, aumento da funcionalidade do membro afetado e capacitação para a participação nas atividades de vida diária (Yu-Hsin, et al., 2021). No mesmo sentido, outros autores referem que, a introdução de novas tecnologias em saúde ajudam a melhorar a função motora dos membros superiores, aprendizagem e a memória e os mecanismos que envolvem a facilitação da neuroplasticidade (Xing & Yulong, 2020; Zubrycki, et al., 2022). Estes recursos inovadores devem ser amplamente aplicados na clínica em todo o mundo para capacitar os utentes com AVC (Xing & Yulong, 2020).

A praxia desempenha um papel importante na funcionalidade e a sua melhoria pode levar a uma maior capacitação das atividades de vida diária (Aguilar, et al., 2021). Neste sentido, Aguilar-Ferrándiz e colaboradores, realizaram um estudo com o objetivo de analisar a eficácia de um programa domiciliário de reabilitação restauradora e compensatória da apraxia dos membros superiores. A abordagem restaurativa era composta por sessões que incluíam a aprendizagem e compreensão de gestos, de forma a restabelecer a praxia dos membros superiores. Com o objetivo de melhorar a independência, foi fornecida capacitação em competências e estratégias compensatórias para melhorar a adaptação ao meio ambiente. A complementaridade entre a abordagem restaurativa e compensatória produziu melhorias na função neuropsicológica no pós-AVC.

De acordo com os estudos de Herrera-Hernández et al. e Aguilar-Ferrándiz, et al., a reabilitação funcional motora apresenta ganhos em saúde significativos, no entanto ambos fazem referência a ganhos no domínio neuropsicológico e saúde mental respetivamente, na avaliação final dos estudos. No mesmo sentido, outros autores referem que no pós-acidente vascular cerebral, aspetos terapêuticos, psicológicos, cognitivos e motivacionais são importantes. Por vezes, nesta fase, os utentes sofrem de depressão e outras complicações neuropsiquiátricas, como apatia, redução da motivação, falta de iniciativa, sentimento, emoção e preocupação. Muitas vezes, o utente tem necessidade de intervenções antidepressivas. A depressão pode dificultar a reabilitação e a recuperação da qualidade de vida (Zubrycki, et al., 2022; Oyake et al., 2023). Durante a reabilitação são utilizadas várias estratégias para motivar o utente, dependendo das condições de saúde física, mental, nível de função cognitiva, personalidade, atividades e participação, idade, ambiente humano e tipo de serviço de reabilitação onde o utente é submetido ao tratamento (Oyake et al., 2023).

Os utentes hemiplégicos crónicos apresentam perda de capacidades motoras funcionais com implicações nas atividades da vida diária. Ocal, et al., (2020), realizaram um estudo com o objetivo de investigar o efeito do treino proprioceptivo dos membros superiores na espasticidade e nas habilidades motoras funcionais. O grupo de controlo realizou exercícios de amplitude de movimentos passivos/ativos, fortalecimento dos músculos antiespástico e métodos de compensação, de modo a prevenir o desenvolvimento de complicações, assim como estimulação elétrica nos músculos tríceps e extensores do punho e fortalecimento dos músculos antiespástico com contrações e relaxamento. No grupo intervenção aplicou-se um programa de treino proprioceptivo após tratamento convencional com contrações isométricas com ligeira resistência, imitação do membro saudável com os olhos abertos e fechados e mobilizações passivas e ativas de olhos abertos e fechados. A adição do treino proprioceptivo dos membros superiores apresentou melhoria da funcionalidade, frequência e qualidade do movimento nas extremidades superiores, devendo este método ser utilizado como complemento a reabilitação convencional (Ocal, et al., 2020).

Segundo os estudos supracitados e conforme analisado na tabela 3, foram observados ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação. Estas intervenções encontram-se de acordo com o Padrão Documental de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2015) e segundo a classificação CIPE (ICN, 2015). Referente à reabilitação física motora observaram-se as seguintes intervenções: Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular (passivos, ativos e resistidos), exercícios de agachamento e exercícios

isométricos; Executar técnicas de exercícios muscular e articular, técnica de massagem, técnica de treino de equilíbrio e técnica de exercícios de coordenação de movimentos; Treinar técnicas de exercício muscular e articular, treinar o uso de dispositivo para o autocuidado, técnica de adaptação para andar, técnica de alongamento/relaxamento, técnicas de exercício muscular e articular/exercícios isométricos/exercícios de agachamento; Estimular a manter o equilíbrio corporal/correção postural; Ensinar sobre técnica de adaptação para transferir-se e ensinar o prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para o autocuidado; Monitorizar a espasticidade. Quanto à reabilitação física respiratória: Executar cinesiterapia respiratória/técnicas respiratórias. E ainda foram identificadas intervenções de reabilitação cognitiva: Executar estimulação sensitiva; Estimular a percepção sensorial; Providenciar material educativo.

	Reabilitação Funcional Motora	Reabilitação Cognitiva	Reabilitação Funcional Respiratória
Instruir	<ul style="list-style-type: none"> - Instruir técnicas de exercício muscular e articular passivos, ativos e resistidos (Herrera-Hernández et al., 2023; Branco et al., 2019; Pinheiro et al., 2021; Aguilar et al., 2021; Ocal et al., 2020). - Instruir técnicas de exercícios muscular e articular: Exercício de agachamento (Pinheiro et al., 2021). - Instruir técnicas de exercício muscular e articular; exercícios de fortalecimento muscular - exercícios isométricos (Ocal et al., 2020). 		
Treinar	<p>Treinar técnicas de exercício muscular e articular (passivos, ativos e resistidos (Herrera-Hernández et al., 2023; Branco et al., 2019; Pinheiro et al., 2021; Aguilar et al., 2021; Ocal et al., 2020).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Treinar o uso de dispositivo para o autocuidado (Herrera-Hernández et al., 2023). - Treinar técnica de adaptação para andar (Branco et al., 2019; Pinheiro et al., 2021). - Treinar técnica de alongamento (Branco et al., 2019; Pinheiro et al., 2021). 		

	<ul style="list-style-type: none"> - Treinar técnica de relaxamento (Pinheiro et al., 2021; Ocal et al., 2020). - Treinar técnica de exercícios de fortalecimento muscular (Pinheiro et al., 2021). - Treinar técnicas de exercício muscular e articular; exercícios de fortalecimento muscular - exercícios isométricos (Ocal et al., 2020). - Treinar técnicas de exercícios muscular e articular: Exercício de agachamento (Pinheiro et al., 2021). 		
Executar	<ul style="list-style-type: none"> - Executar técnicas de exercícios muscular e articular (passivos, ativos e resistidos) (Herrera-Hernández et al., 2023; Branco et al., 2019; Pinheiro et al., 2021; Aguilar et al., 2021; Ocal et al., 2020). - Executar técnica de massagem (Ocal et al., 2020). - Executar técnica de treino de equilíbrio (Branco et al., 2019; Pinheiro et al., 2021). - Executar técnica de exercícios de coordenação de movimentos (Branco et al., 2019). 	<ul style="list-style-type: none"> - Executar estimulação sensitiva (Herrera-Hernández et al., 2023; Aguilar et al., 2021; Ocal et al., 2020). 	<ul style="list-style-type: none"> - Executar cinesiterapia respiratória (Pinheiro et al., 2021). - Executar técnicas respiratórias (Pinheiro et al., 2021).
Estimular	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular a manter o equilíbrio corporal: correção postural (Branco et al., 2019; Pinheiro et al., 2021). 	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular percepção sensorial (Herrera-Hernández et al., 2023; Aguilar et al., 2021; Ocal et al., 2020). 	
Ensinar	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre técnica de adaptação para transferir-se (Herrera-Hernández et al., 2023; Branco et al., 2019). - Ensinar prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para o autocuidado (Aguilar et al., 2021). 		
Providenciar		<ul style="list-style-type: none"> - Providenciar material educativo (Herrera-Hernández et al., 2023). 	

Monitorizar	- Monitorizar a espasticidade (Ocal et al., 2020).		
--------------------	--	--	--

Tabela 3 - Intervenções de Enfermagem Segundo o Padrão Documental de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, de acordo com a classificação CIPE.

CONCLUSÕES

Dos estudos analisados, foram identificadas várias intervenções que influenciam os ganhos sensíveis aos cuidados de reabilitação na capacitação da pessoa dependente no autocuidado. As intervenções identificadas relacionam-se com a reabilitação funcional motora, com melhoria da mobilidade, aumento da força muscular e da amplitude de movimento articular, postura corporal, coordenação, equilíbrio, sentar, marcha, mobilizações com cicloergómetro e treino de atividades de vida diária. Sendo que, identificaram-se em todos os estudos, as intervenções; instruir/ executar/treinar técnicas de exercícios muscular e articular (passivos, ativos e resistidos). Também foram identificadas intervenções direcionadas para a reabilitação cognitiva e neuroplasticidade, com treino proprioceptivo e aprendizagem de gestos, com ênfase ao membro parético, tendo-se identificado as intervenções; executar estimulação sensitiva e estimular percepção sensorial. Foram facultadas sessões de reabilitação em grupo, com o envolvimento do cuidador, observando-se a intervenção; ensinar prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para o autocuidado, com ganhos ao nível da saúde mental e integração da pessoa na comunidade. Neste sentido, os cuidados de reabilitação devem ter em consideração estas intervenções com vista à melhoria da funcionalidade e independência.

Devido ao envelhecimento da população que decorre paralelamente com a melhoria da qualidade de vida e acesso aos cuidados de saúde, torna-se inevitável o surgimento de doenças crónicas, acompanhado do declínio funcional e dependência no autocuidado. Perante os desafios que se apresentam e no sentido de proporcionar respostas ajustadas e eficazes torna-se crucial a intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação pela natureza das suas competências profissionais específicas e altamente diferenciadas (Petronilho, et al., 2021).

Os cuidados de enfermagem centrados na pessoa são um processo sistemático que envolve a equipa multidisciplinar, assim como o cuidador. A pessoa dependente no autocuidado, no regresso a casa necessita de um cuidador com competências adquiridas, de modo a prevenir riscos

e reinternamentos hospitalares. Deste modo, é essencial que o enfermeiro de reabilitação durante o internamento, proceda à avaliação dos conhecimentos do cuidador e o capacite de modo a prestar cuidados adequados à pessoa dependente de cuidados de terceiros. No momento da alta, é imperativo a articulação com os cuidados de saúde primários, assim como a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), com vista a alcançar resultados positivos. Neste sentido os profissionais de saúde devem possuir conhecimentos e competências para apoiar os cuidadores e as famílias (Petronilho, et al., 2021).

O papel do enfermeiro de reabilitação assume especial importância nos processos adaptativos da pessoa à sua nova condição após o declínio funcional. Reabilitar capacidades, assim como promover estratégias adaptativas com o objetivo de tornar a pessoa o mais independente possível apresenta-se como um desafio complexo. No entanto o enfermeiro de reabilitação é o profissional de saúde com melhores competências para gerir e obter o nível máximo de independência e desta forma promover o autocuidado (Petronilho, et al., 2021; Regulamento n.º 392/2019)

Com o conhecimento científico e tecnológico em constante evolução, os enfermeiros de reabilitação devem sustentar a sua intervenção na mais recente evidencia científica, de modo a prestar cuidados de enfermagem de excelência e com resultados reconhecidos internacionalmente. Deste modo, é essencial o investimento na investigação e propõe-se a realização de mais estudos no âmbito do tema, intervenções de enfermagem de reabilitação que influenciam os ganhos sensíveis aos cuidados de reabilitação na capacitação da pessoa com alterações neurológicas dependente no autocuidado.

2.3. METODOLOGIA

A metodologia adotada para o projeto de intervenção fundamenta-se na Teoria de Médio Alcance de Lopes (2006), que defende que através da relação enfermeiro-doente é possível estabelecer estratégias de intervenção adequadas e bem organizadas. No que respeita aos cuidados de enfermagem, o processo inclui a avaliação diagnóstica e intervenção terapêutica de enfermagem.

Segundo Mendonça e Lopes (2021), a avaliação diagnóstica consiste na análise efetuada pelo enfermeiro da situação clínica da pessoa, recorrendo a vários instrumentos e estratégias, com vista a definir prioridades e implementar intervenções de Enfermagem adequadas à situação. Na

fase seguinte, a intervenção terapêutica, destaca-se pela abrangência da ação do enfermeiro, dirigida, tanto ao doente como à família, assumindo-os como foco principal de atenção.

Neste sentido, à teoria de médio alcance de Lopes (2006), será integrado o modelo de autocuidado de Fonseca (2013), fundamentado na teoria de Dorothea Orem (2001). O modelo elaborado por Fonseca (2013) possibilita a identificação das necessidades de cuidados de enfermagem durante a fase de avaliação diagnóstica. Dessa forma, a interligação entre a teoria de médio alcance de Lopes (2006) e o modelo de autocuidado de Fonseca (2013) possibilita identificar os resultados sensíveis aos cuidados de ER prestados.

A EEER apresenta-se como uma área de excelência e referência, sendo os cuidados de enfermagem de reabilitação fundamentados no Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE), no Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento nº 392/2019) e no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação OE (2018 b). Assim, o ER tem um papel determinante junto da pessoa com necessidades especiais ao longo do ciclo vital, sendo o diagnóstico, a intervenção precoce, a promoção da qualidade de vida, o autocuidado, a maximização da funcionalidade e a prevenção de complicações elementos basilares que permitem minimizar e evitar incapacidades. Sempre que ocorram afeções da funcionalidade, o ER, elabora planos de intervenção, de modo a promover os processos de readaptação e promover a capacidade para o autocuidado. Por fim, monitoriza os programas implementados através de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, introduzindo elementos de aperfeiçoamento, e avalia as intervenções implementadas.

Este projeto de intervenção fundamenta-se na metodologia qualitativa de estudo de caso de Robert Yin (2018). Segundo o autor, esta metodologia possibilita estudar fenómenos sociais complexos em contextos reais. Realizou-se um projeto em que foram definidos objetivos para este trabalho, seguindo a metodologia do referido autor. Neste contexto construiu-se a questão de investigação: «Quais os ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação na capacitação da pessoa com alterações neurológicas com dependência no autocuidado?». Neste trabalho pretende-se diagnosticar necessidades de autocuidado em pessoas com alterações neurológicas e desenvolver um programa de reabilitação personalizado, dotado de uma visão holística, utilizando os instrumentos anteriormente citados para a sua realização.

2.3.1. População-alvo

Segundo (Fortin, 2009), população alvo define-se como um conjunto de pessoas que apresentam características comuns, de acordo com os critérios definidos pelo investigador. Com o propósito de fazer generalizações, a amostra é definida como um subconjunto ou um grupo de pessoas que estão inseridas na mesma população.

A população alvo, dado os objetivos do estudo, serão as pessoas com mais de 60 anos, com alterações neurológicas e com défice no autocuidado e que necessitam de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, nos serviços de cuidados intensivos, medicina interna e ortopedia, durante o período em que decorrerão os respetivos ensinos clínicos. Neste trabalho, serão considerados os casos que se adequem à problemática através de uma amostragem não probabilística e por conveniência/acidental. A amostra é constituída por voluntários que aceitem participar neste projeto e a escolha dos elementos, a integrar o presente estudo, terá em consideração a opinião do enfermeiro especialista orientador (Vilelas, 2022).

Posteriormente à seleção dos participantes a integrar neste projeto, proceder-se-á à caracterização sociodemográfica de cada um deles, em conformidade com o enunciado da plataforma da ENCS. Neste sentido, as variáveis, género, idade, estado civil, nacionalidade, agregado familiar, nível de escolaridade e profissão fazem parte da caracterização dos participantes em estudo (Tabela 4).

Neste estudo foi atribuído um código com a combinação de uma letra e um número para a identificação do contexto de estudo e do utente, de modo a garantir a privacidade e o cumprimento das normas éticas. O grupo A corresponde aos utentes selecionados no Estágio de Reabilitação realizado em contexto respiratório em cuidados intensivos. O grupo B e C corresponde aos utentes selecionados no Estágio Final, realizado em contexto neurológico e orto traumatológico, tendo decorrido em serviços de internamento de medicina interna e ortopedia respetivamente.

	A1	A2	B1	B2	B3	C1	C2
Idade	62	66	64	78	73	71	73
Género	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Feminino	Masculino	Feminino
Nacionalidade	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa
Estado civil	Casado	Casada	Divorciado	Viúva	Casada	Casado	Viúva
Agregado familiar	Vive com a esposa	Vive com o marido	Vive sozinho	Vive sozinha	Vive com o marido e 1 filha	Vive com a esposa	Vive sozinha
Nível de Escolaridade	4ª classe	4ª classe	4ª classe	7ª classe	4ª classe	3º classe	9ª classe
Profissão	Operário fabril	Reformada, ex-operária Fabril	Reformado por invalidez ex-trabalhador construção civil	Reformada Doméstica	Reformada Doméstica	Reformado Ex-carpinteiro	Reformada Doméstica

Tabela 4 - Caracterização sociodemográfica dos participantes.

Após a análise dos dados sociodemográficos dos 3 grupos (grupo A, B e C), pode-se verificar que a média de idades dos participantes era de 69,5 anos, sendo que o participante mais velho apresentava 78 anos e o mais novo 62 anos. Quanto à variável género, 4 dos participantes eram do sexo feminino (57,14%) e 3 do sexo masculino (42,86%). Relativamente à variável nacionalidade, 100% da população alvo era de origem portuguesa. Em relação ao estado civil, 4 dos participantes encontravam-se casados (57,14%), 2 viúvos (28,57%) e 1 divorciado (14,29%). Constatou-se que 3 dos participantes viviam sozinhos, representando 42,86% da população alvo, os restantes participantes viviam com os seus conjugues; e 1 participante com o conjugue e a filha. Em relação ao nível de escolaridade, pode-se verificar que todos os participantes da população alvo frequentaram a escola, sendo que um concluiu a 3ª classe (14,29%), quatro concluíram a 4ª classe (57,14%), um o 7ª ano de escolaridade (14,29%) e um o 9º ano (14,29%). Quanto à profissão, apenas um dos participantes encontrava-se a trabalhar (14,29%), sendo que os restantes se encontravam em situação de reforma.

2.3.2. Instrumentos de colheita de dados

Segundo (Fortin, 2009), a flexibilidade dos métodos de colheita de dados e análise, estimula a descoberta de novos fenómenos e aprofunda os existentes. Os dados podem ser colhidos de diversas formas, quer seja através de entrevistas, questionários, aplicação de escalas de medida, ou ainda por meio da observação direta/avaliação dos participantes. De acordo com o estudo a

realizar, os objetivos a alcançar, questões de investigação ou hipóteses formuladas, compete ao investigador selecionar os instrumentos mais adequados. Neste sentido, Yin (2018), acrescenta ainda como fontes de colheita de dados, os registos e outra documentação relevante.

Yin (2018), refere que a utilização de vários instrumentos de colheita de dados nos estudos de caso, é potenciador de trabalhos com maior qualidade global, em comparação com os que utilizam um único instrumento. A estratégia de utilizar diversas fontes, contribui para o desenvolvimento de processos de evidência convergente, valorizando os estudos de caso, relativamente à força da evidência produzida e à validade do estudo realizado.

Fortin (2009) sugere que os métodos de colheita de dados a adotar para determinada investigação, estejam em consonância com os pressupostos teóricos ou conceptuais que suportam as variáveis a estudar e que ofereçam fidelidade e validade. De acordo com o sugerido e tendo em consideração o objetivo de uniformizar a recolha de dados, foram selecionados 2 instrumentos para a colheita de dados: o ENCS (Lopes & Fonseca, 2013), centrado na funcionalidade e na identificação de necessidades de cuidados de ER que os participantes evidenciam e o IB modificado (DGS, 2011a) que se encontram nos anexos I e II. Além dos instrumentos acima referidos, foram também realizadas notas de campo e planos de cuidados.

O instrumento ENCS suporta-se na CIF e é formado por 25 itens sensíveis aos cuidados de enfermagem, possibilitando avaliar 4 dimensões: o autocuidado (que integra 12 códigos: beber e comer; utilização da mão e do braço; lavar-se; vestir-se; cuidar de partes do corpo; andar; deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento; realizar a rotina diária; manter a posição do corpo; mudar a posição básica do corpo; cuidados relacionados com os processos de excreção); a aprendizagem e funções mentais (inclui seis códigos: funções da consciência, da memória, da atenção, da orientação, emocionais e cognitivas de nível superior); a comunicação (integra quatro códigos: falar; conversar; comunicar e receber mensagens orais; relacionamentos familiares) e o ambiente (inclui quatro códigos: família próxima; amigos; assistentes pessoais; profissionais de saúde). Também permite avaliar as funções do aparelho respiratório e cardiovascular, dor e estruturas do corpo, assim como a pele. A utilização deste instrumento integra a avaliação diagnóstica de ER (Lopes, 2006), permitindo planear a intervenção terapêutica de ER (Lopes, 2006) e recorrer novamente ao mesmo instrumento para reavaliar a intervenção do ER, de modo a verificar a existência de ganhos sensíveis aos cuidados de ER.

O IB é um instrumento de avaliação de fácil compreensão e aplicabilidade por qualquer profissional, com precisão e rapidez. O IB permite avaliar o nível de dependência do utente para a realização de 10 atividades de vida diária, tais como, a alimentação, transferências, higiene, toalete,

utilização do WC, banho, mobilidade, subir e descer escadas, vestir e controlo dos esfíncteres intestinal e urinário (Mahoney & Barthel, 1965). A pontuação de cada atividade é tão importante como a pontuação total, visto que as pontuações parciais indicam especificamente, onde se encontram os défices de funcionalidade. Deste modo, permite avaliar as incapacidades específicas de cada utente e adequar os cuidados do ER às suas necessidades (Araújo, et al., 2007).

Os instrumentos de medida, ENCS e IB, foram aplicados em três momentos: avaliação inicial, avaliação intermédia e final, exceto no serviço de ortopedia, em que foram realizados apenas 2 momentos de avaliação, a inicial e a final, visto os utentes apresentarem internamentos muito diminutos em termos de dias.

2.3.3. Plano de intervenção

Ao EEER compete conceber e implementar planos de intervenção, com vista à otimização e/ou reeducação da função, elaborando programas de reeducação funcional necessários à aquisição do projeto de saúde do utente (Regulamento n.º 392/2019). Deste modo, na realização deste projeto de intervenção profissional será desenvolvido um plano de intervenção, com vista à aplicação nos ensinos clínicos. Este plano baseia-se nas várias teorias de enfermagem expostas na fundamentação teórica, sendo identificadas as intervenções que se relacionam com indicadores sensíveis dos cuidados de enfermagem de reabilitação. Ao longo dos ensinos clínicos, este plano sofreu alterações, tendo em consideração as especificidades dos respetivos serviços, assim como o ambiente físico, recursos disponíveis e apoios existentes.

Na fase diagnóstica, procedeu-se à recolha de dados e à avaliação inicial para determinar as necessidades dos utentes e dos cuidadores/família, bem como para definir prioridades. Nesta etapa, foram considerados os conhecimentos, as preocupações, as capacidades e as estratégias adaptativas apresentadas pelos utentes e pelas famílias/cuidadores (Lopes, 2006).

Na fase de intervenção, a aluna de especialidade em Enfermagem de Reabilitação (ER) direcionou a sua intervenção para os utentes e seus cuidadores, num processo de interação e gestão conjunta de sentimentos e informações (Lopes, 2005). Neste sentido, o plano de intervenção que se segue foi elaborado com base na interação entre os utentes, cuidadores e a aluna de especialidade em ER, com o objetivo de capacitar os mesmos para o autocuidado e promover a sua funcionalidade. No entanto, para cada estudo de caso, foram aplicados planos de intervenção individualizados, os quais foram ajustados à evolução dos participantes.

Procedeu-se à concretização de diagnósticos e definiram-se objetivos individualizados, considerando a prevenção de problemas, a promoção da saúde, a redução do nível de dependência e as solicitações por parte dos utentes e cuidadores, com o intuito de promover o autocuidado. Por outro lado, as intervenções de enfermagem foram direcionadas para as rotinas do utente e cuidadores, procurando minimizar problemas relacionados com as atividades de vida diária (Lopes & Fonseca, 2013; Petronilho & Machado, 2017).

O plano de intervenção que se segue está dividido em 3 áreas de intervenção. Em primeiro lugar o plano do foro respiratório, em seguida o plano do foro neurológico, e por fim o plano do foro orto-traumatológico. Cada plano contempla os domínios em que o utente desenvolve as suas ações de autocuidado: o domínio físico, o domínio cognitivo, o domínio comportamental e o domínio emocional/psicossocial (Orem, 2001). As intervenções de ER desenvolvidas, encontram-se de acordo com os indicadores dos padrões de qualidade dos cuidados de ER, definidos no documento “Bilhetes de Identidade dos Indicadores que integram o Core de Indicadores por Categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem De Reabilitação”, tendo como missão a promoção e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde prestados à população, de modo a garantir ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem (OE, 2018 a).

Plano de intervenção foro respiratório

Plano de intervenção foro respiratório

Domínio cognitivo, comportamental, emocional e físico

- A utente com patologia respiratória crónica, apresenta frequentemente limitações físicas e emocionais que dificultam uma vida ativa, traduzindo-se na redução da atividade física e consequentemente um défice ao nível da performance cardiovascular e fraqueza muscular. O aumento da dispneia leva à dificuldade na realização das AVD's. Associados a essa falta de condição física, surgem quadros de ansiedade e depressão que contribuem ainda mais para a redução da atividade, devido ao medo de desencadear um novo quadro dispneia (OE, 2018 c).

- O compromisso da função cardiorrespiratória, apresenta um impacto significativo na saúde da pessoa, na sua autonomia e qualidade de vida (OE, 2018 c). O EEER tem um papel fundamental no processo saúde doença, sendo da sua competência fazer uma avaliação da situação clínica, o que permite estruturar as intervenções de ER. Os focos de enfermagem centram-se mais nos processos corporais, no entanto o autocuidado apresenta especial relevo, visto ser o eixo principal dos cuidados de enfermagem, contribuindo para o conforto e bem-estar (Couto, et al., 2021).

Diagnósticos de Enfermagem/Intervenções

Reabilitação Funcional Respiratória

Domínio cognitivo, comportamental e físico

Potencial para melhorar a capacidade para executar técnica respiratória

Resultado esperado: capacidade para executar técnica respiratória melhorada

- Avaliar o grau de dispneia segundo a escala de Borg;
- Executar técnicas para otimizar a ventilação:
 - Controlo e dissociação dos tempos respiratórios;
 - Reeducação diafragmática;
 - Reeducação costal inferior bilateral com recurso a faixa;
 - Reeducação costal global- bastão;
 - Reeducação costal global com abertura da grade costal bilateral;
- Informar sobre técnicas respiratórias para otimizar a ventilação;
- Ensinar sobre técnicas respiratórias para otimizar a ventilação;
- Treinar técnicas respiratórias para otimizar a ventilação;
- Incentivar o uso de técnicas para otimizar ventilação (Couto, et al., 2021).

Potencial para melhorar a capacidade para gestão de ambiente físico e fatores indutores de agravamento da dispneia

Resultado esperado: capacidade para gestão de ambiente físico e fatores indutores de agravamento da dispneia melhorada

- Executar técnicas de descanso e relaxamento:
 - Posição de cocheiro (OE, 2018 c);
 - Expiração com lábios semicerrados;
- Ensinar sobre técnicas de descanso e relaxamento;
- Instruir/treinar o uso de técnicas de descanso e relaxamento;
- Executar técnicas de correção postural (Couto, et al., 2021).

Potencial para melhorar a capacidade para executar técnica inalatória com dispositivos

Potencial para melhorar a capacidade para usar dispositivos auxiliares

Resultado esperado: capacidade para executar técnica inalatória com dispositivos e capacidade para usar dispositivos auxiliares melhoradas

- Facilitar adesão ao regime terapêutico;
- Facilitar adesão ao regime medicamentoso;
- Ensinar sobre técnica inalatória de acordo com os dispositivos em uso;
- Instruir/treinar técnica inalatória de acordo com os dispositivos em uso;
- Ensinar sobre o uso de dispositivos auxiliares (OLD e VNI);
- Instruir/treinar o uso de dispositivos auxiliares (Couto, et al., 2021).

Autocuidado comprometido

Potencial para melhorar a capacidade para usar estratégias adaptativas para o autocuidado

Resultado esperado: Autocuidado efetivo e capacidade para usar estratégias adaptativas para o autocuidado melhoradas

- Ensinar sobre estratégias adaptativas para o autocuidado;
- Instruir/treinar o uso de estratégias adaptativas para o autocuidado;
- Analisar com o utente a relação entre técnicas de conservação de energia e autonomia no autocuidado;
- Informar sobre estratégias de conservação de energia;
- Ensinar/instruir/treinar sobre estratégias de conservação de energia;

- Higiene e arranjo do utente (tomar banho, barbear, lavar os dentes e pentear);
 - Vestir-se;
 - Alimentar-se;
 - Mover-se (levantar, andar, subir escadas);
 - Ir às compras;
 - Atividades domésticas;
 - Organizar o ambiente domicílio;
- Gerir atividade do utente;
 - Ensinar a gerir atividade;
 - Vigiar atividade física;
 - Planear repouso;
 - Providenciar material educativo (Couto, et al., 2021).

Potencial para melhorar a capacidade para autogestão da doença

Resultado esperado: capacidade para autogestão da doença melhorada

- Informar sobre a doença;
- Elaborar plano de ação e automonitorização dos sintomas da doença crónica;
- Elaborar plano de adoção de hábitos de vida saudável;
- Providenciar material educativo (Couto, et al., 2021).

Reeducação Funcional Motora

Potencial para melhorar a capacidade para executar exercícios musculoesqueléticos

Resultado esperado: capacidade para executar exercícios musculoesqueléticos melhorada

- Analisar com o utente a relação entre exercícios musculoesqueléticos e movimento corporal;
- Executar/instruir/treinar exercícios musculoesqueléticos dos membros superiores e inferiores;
- Incentivar a execução de exercícios musculoesqueléticos;
- Ensinar/instruir/treinar exercícios musculoesqueléticos através de dispositivo;
- Providenciar material educativo (Couto, et al., 2021).

Intolerância à atividade

Resultado esperado: intolerância à atividade melhorada

- Analisar com o utente a relação entre atividade/repouso e conservação de energia;
- Ensinar/instruir sobre gestão nos períodos de atividade e repouso;
- Ensinar sobre a vigilância da resposta física à atividade;
- Ensinar sobre estratégias adaptativas para realizar atividades do dia a dia;
- Instruir para a implementação de estratégias adaptativas para realizar atividades do dia a dia;
- Executar exercícios de resistência;
- Ensinar/instruir sobre exercícios de resistência;
- Treinar exercícios de resistência;
- Incentivar a execução de exercícios de resistência;
- Vigiar períodos de atividade e repouso;
- Incentivar a manter atividade física de forma contínua no dia a dia;
- Planear repouso (Couto, et al., 2021).

Limpeza das vias aéreas comprometida

Resultado esperado: limpeza das vias aéreas melhorada

- Executar técnicas de limpeza da via aérea:
 - Drenagem postural;

- Tosse;
 - Manobras acessórias;
 - Huffing;
 - Ciclo ativo da respiração;
 - Técnica de expiração forçada;
 - Drenagem autogénica.
- Executar técnicas para limpeza das vias aéreas;
 - Ensinar/instruir sobre técnicas para limpeza das vias aéreas;
 - Treinar técnicas para limpeza das vias aéreas;
 - Analisar relação entre tosse e limpeza das vias aéreas;
 - Ensinar sobre dispositivos de promoção da limpeza das vias aéreas:
 - Cough Assist
 - Instruir a usar dispositivos de promoção da limpeza das vias aéreas;
 - Incentivar ingestão hídrica (Couto, et al., 2021).

Treino de equilíbrio corporal

Equilíbrio estático/dinâmico comprometido

Resultado esperado: equilíbrio estático/dinâmico melhorado

- Executar técnica de treino de equilíbrio estático (sentado/pé);
- Analisar com o utente a relação entre exercícios de controlo postural e equilíbrio;
- Ensinar sobre exercícios de treino de equilíbrio estático (sentado/pé);
- Instruir sobre exercícios de treino de equilíbrio estático (sentado/pé);
- Treinar exercícios de treino de equilíbrio estático (sentado/pé);
- Ensinar/instruir sobre exercícios de treino de equilíbrio dinâmico (sentado/pé);
- Treinar exercícios de treino de equilíbrio dinâmico (sentado/pé);
- Incentivar exercícios de treino de equilíbrio estático e dinâmico (sentado/pé);
- Assistir no treino de equilíbrio estático e dinâmico (Lourenço, et al., 2021).

Potencial para melhorar a capacidade para andar

Resultado esperado: capacidade para andar melhorada

- Assistir o utente a andar;
- Ensinar técnica de adaptação para andar;
- Instruir sobre técnica de adaptação para andar;
- Treinar técnica de adaptação para andar (Sousa & Vieira, 2017; Lourenço, et al., 2021).

Potencial para melhorar a capacidade/conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se

Resultado esperado: capacidade/conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se melhorada

- Assistir o utente a transferir-se;
- Analisar com o utente a capacidade para se transferir-se;
- Ensinar técnica de adaptação para transferir-se da cadeira-cama e de cama-cadeira;
- Instruir sobre técnica de adaptação para transferir-se da cadeira-cama e de cama-cadeira;
- Treinar técnica de adaptação para transferir-se da cadeira-cama e de cama-cadeira;
- Incentivar o utente a transferir-se;
- Analisar com o utente a relação entre o uso de dispositivo de apoio e autonomia para transferir-se;
- Ensinar sobre dispositivo de apoio para transferir-se;

- Instruir/treinar o uso de dispositivo de apoio para transferir-se (Lourenço, et al., 2021).

Potencial para melhorar a capacidade para usar técnica de adaptação para vestir/despir-se
Resultado esperado: capacidade para usar técnica de adaptação para vestir/despir-se melhorada

- Analisar com o utente a capacidade para vestir/despir-se;
- Ensinar técnica de adaptação para vestir-se/despir-se;
- Instruir técnica de adaptação para vestir-se/despir-se;
- Treinar técnica de adaptação para vestir-se/despir-se;
- Incentivar o utente o vestir-se/despir-se (Lourenço, et al., 2021).

Potencial para melhorar a capacidade para arranjar-se
Resultado esperado: capacidade para arranjar-se melhorada

- Analisar com o utente a capacidade para arranjar-se;
- Ensinar técnica de adaptação para arranjar-se;
- Instruir técnica de adaptação para a utente arranjar-se;
- Treinar técnica de adaptação para a utente arranjar-se;
- Incentivar-se o utente a arranjar-se (Lourenço, et al., 2021).

Tabela 5 - Plano de intervenção foro respiratório.

Plano de intervenção foro neurológico

Plano de intervenção foro neurológico

Domínio cognitivo, comportamental e físico

- A reabilitação neurológica visa promover a independência funcional, em todos os contextos que o utente possa estar envolvido, devendo ser iniciada o mais precoce possível. O ER tem um papel primordial na avaliação dos défices, identificação de diagnósticos, no planeamento e implementação das intervenções que culminem com a adequada preparação do utente no regresso a casa ou referência para a comunidade ou outra instituição para continuação de cuidados de reabilitação, potencializando a independência e a readaptação funcional (Araújo, et al., 2021).
- As intervenções implementadas pelo ER, permitem readquirir o esquema corporal, exercitar mecanismos de reflexo postural, estimular a sensibilidade proprioceptiva, melhorar o equilíbrio, inibir a espasticidade, facilitar a mobilidade no leito e preparar o utente para a posição de sentado e ortostática (Araújo, et al., 2021).

Diagnósticos de Enfermagem/Intervenções

Negligência unilateral

Potencial para melhorar a consciencialização sobre negligência unilateral:

Potencial para melhorar o conhecimento sobre exercícios para melhorar a percepção

Potencial para melhorar a capacidade para executar exercícios para melhorar a percepção

Resultado esperado: negligência unilateral, consciencialização sobre negligência unilateral, conhecimento sobre exercícios para melhorar a percepção e capacidade para executar exercícios para melhorar a percepção melhoradas

- Estimular a percepção sensorial: Varrimento visual, feedback de vídeo, através da gestão do ambiente;
- Executar técnica de estimulação sensorial:
 - Dicas visuais/verbais/auditivas;

- Estimulação térmica;
- Tapa olhos/palpas oculares/óculos hemiespaciais;
- Prismas de Fresnel;
- Vibração ou estimulação do pescoço/mão;
- Simulação mental visuomotora;
- Terapia de movimento induzido por restrição;
- Estimulação optocinética;
- Conscientizar sobre negligência unilateral;
- Ensinar sobre negligência unilateral;
- Analisar com o utente a relação entre os exercícios e a percepção;
- Ensinar sobre exercícios para melhorar a percepção;
- Instruir exercícios para melhorar a percepção:
 - Ativação do membro;
 - Rotação do tronco;
 - Terapia de movimento induzido por restrição e facilitação cruzada;
 - Terapia de espelho;
 - Treino bilateral dos membros superiores;
- Treinar exercícios para melhorar a percepção (Araújo, et al., 2021).

Deglutição comprometida (escala de GUSS)

Potencial para melhorar o conhecimento e a capacidade para executar técnica de deglutição

Resultado esperado: deglutição, conhecimento e a capacidade para executar técnica de deglutição melhoradas

- Analisar com o utente a relação entre deglutição comprometida e risco de aspiração;
- Ensinar sobre risco de aspiração;
- Analisar com o utente a relação entre dieta e deglutição;
- Ensinar sobre dieta para facilitar a deglutição;
- Ensinar/instruir/ treinar estratégias compensatórias:
 - Estratégias compensatórias posturais: Flexão anterior do pescoço, rotação da cabeça para o lado afetado, flexão anterior do pescoço com rotação da cabeça para o lado afetado, inclinação posterior da cabeça;
 - Estratégias compensatórias sensoriais: frio, sabores ácidos, incremento de volume, pressão da colher sobre a língua;
 - Estratégias compensatórias de consistência: líquidos tipo pudim, líquidos tipo mel, líquidos tipo néctar;
- Ensinar/instruir/treinar sobre técnicas de deglutição:
 - Deglutição supraglótica, deglutição supersupraglótica, manobra de mendelson, manobra delip pursing, manobra de deglutição dupla, deglutição forçada, manobra de masako.
- Ensinar sobre exercícios para a promoção da deglutição;
- Instruir/treinar exercícios para a promoção da deglutição:
 - Exercícios de resistência muscular dos lábios, exercícios de resistência muscular da língua, exercícios de resistência muscular do palato mole, exercícios de mobilidade, laríngea, exercícios de controlo do bolo alimentar (Araújo, et al., 2021).

Paresia na face

Potencial para melhorar o conhecimento sobre exercícios musculares da face

Potencial para melhorar a capacidade para executar exercícios musculares da face

Resultado esperado: parestesia na face, conhecimento sobre exercícios musculares da face e capacidade para executar exercícios musculares da face melhoradas

- Executar técnica de mobilização dos músculos da face (exercícios passivos, ativos-assistidos e ativos-resistidos);
- Executar técnica de estimulação (tátil e térmica);
- Executar massagem dos músculos da face;
- Ensinar/instruir/treinar sobre exercícios musculares da face:
 - Unir as sobrancelhas, enrugando a testa, elevar as sobrancelhas, fechar os olhos abruptamente, sorrir, mostrar os dentes, assobiar, encher a boca de ar, depressão do lábio inferior.

Movimento corporal comprometido do membro superior

Potencial para melhorar a capacidade para executar exercícios musculares e articulares no membro superior

Resultado esperado: movimento corporal do membro superior e capacidade para executar exercícios musculares e articulares no membro superior melhoradas

- Executar técnica de exercício muscular e articular (exercícios passivos, ativos assistidos e ativos-resistidos);
- Ensino sobre exercícios musculares e articulares;
- Instruir exercícios musculares e articulares;
- Treinar exercícios musculares e articulares (Araújo, et al., 2021).

Movimento corporal comprometido do membro inferior

Potencial para melhorar a capacidade para executar exercícios musculares e articulares no membro inferior

Resultado esperado: movimento corporal do membro inferior e capacidade para executar exercícios musculares e articulares no membro inferior melhoradas

- Executar técnica de exercício muscular e articular (exercícios passivos, ativos-assistidos e ativos-resistidos);
- Ensinar sobre exercícios musculares e articulares:
 - Exercício da ponte
 - Dissociação da cintura pélvica com elevação da pelve.
- Instruir sobre exercícios musculares e articulares;
- Treinar exercícios musculares e articulares (Araújo, et al., 2021).

Potencial para melhorar a capacidade para executar posicionamento em padrão antiespástico

Resultado esperado: a capacidade para executar posicionamento em padrão antiespástico melhorada

- Posicionar em padrão antiespástico;
- Executar massagem;
- Executar técnica de exercícios musculares e articulares passivos, ativos assistidos;
- Ensinar sobre posicionamentos em padrão antiespástico (deitado/sentado);
- Instruir sobre posicionamentos em padrão antiespástico (deitado/sentado);
- Treinar sobre posicionamentos em padrão antiespástico (deitado/sentado);
- Incentivar sobre posicionamentos em padrão antiespástico (deitado/sentado) (Menoita, et al., 2012; Sousa & Vieira, 2017; Araújo, et al., 2021).

Equilíbrio estático/dinâmico comprometido

Potencial para melhorar a capacidade para executar exercícios para treino de equilíbrio
Resultado esperado: equilíbrio estático/dinâmico e capacidade para executar exercícios para treino de equilíbrio melhorada

- Executar técnica de treino de equilíbrio estático (sentado/pé);
- Analisar com o utente a relação entre exercícios de controlo postural e equilíbrio;
- Ensinar sobre exercícios de treino de equilíbrio estático (sentado/pé):
 - Correção de postura na cadeira de rodas;
 - Transferência do peso para os braços;
- Instruir sobre exercícios de treino de equilíbrio estático (sentado/pé);
- Treinar e incentivar exercícios de treino de equilíbrio estático (sentado/pé);
- Executar técnica de treino de equilíbrio dinâmico (sentado/pé);
- Ensinar sobre exercícios de treino de equilíbrio dinâmico (sentado/pé):
 - Carga no cotovelo/facilitação cruzada (sentado)
 - Equilíbrio dinâmico com recurso a bola (sentado)
 - Alternância de carga nos membros inferiores
 - Alternância unipodal
 - Equilíbrio dinâmico em pé e treino propriocetivo
 - Equilíbrio dinâmico em pé com contorno de obstáculos
 - Equilíbrio dinâmico em pé com mudança de direção
- Instruir sobre exercícios de treino de equilíbrio dinâmico (sentado/pé);
- Treinar e incentivar exercícios de treino de equilíbrio dinâmico (sentado/pé);
- Assistir no treino de equilíbrio dinâmico (sentado/pé) (Araújo, et al., 2021).

Potencial para melhorar a capacidade para andar

Potencial para melhorar a capacidade para usar técnica de adaptação para andar
Resultado esperado: capacidade para andar e capacidade para usar técnica de adaptação para andar melhoradas

- Assistir o utente a andar;
- Ensinar técnica de adaptação para andar:
 - A abordagem do Enfermeiro deve ser sempre do lado afetado, controlando o membro superior através do suporte a nível proximal (ombro) e distal (mão);
 - O peso deve ser transmitido através do calcanhar com o pé totalmente apoiado no chão, mantendo os pés paralelos;
 - Na fase de balanço o ER pode controlar o impulso inicial do pé e do joelho do lado afetado;
 - Andar com apoio nos dedos dos pés /com apoio do calcanhar (Araújo, et al., 2021).
- Instruir sobre técnica de adaptação para andar;
- Treinar técnica de adaptação para andar (Sousa & Vieira, 2017; (Araújo, et al., 2021).

Potencial para melhorar o conhecimento/capacidade sobre técnica de adaptação para transferir-se

Potencial para melhorar o conhecimento/capacidade para usar dispositivo de apoio para transferir-se

Resultado esperado: conhecimento/capacidade sobre técnica de adaptação para transferir-se e conhecimento/capacidade para usar dispositivo de apoio para transferir-se melhoradas

- Assistir o utente a transferir-se;
- Analisar com o utente a capacidade para se transferir;
- Ensinar técnica de adaptação para transferir-se da cadeira-cama e de cama-cadeira;
- Instruir sobre técnica de adaptação para transferir-se da cadeira-cama e de cama-cadeira;
- Treinar técnica de adaptação para transferir-se da cadeira-cama e de cama-cadeira;
- Incentivar o utente a transferir-se;
- Analisar com o utente a relação entre o uso de dispositivo de apoio e a autonomia para transferir-se:
 - Suspensão braquial;
- Ensinar sobre dispositivo de apoio para transferir-se;
- Instruir uso de dispositivo de apoio para transferir-se da cadeira-cama e de cama-cadeira;
- Treinar uso de dispositivo de apoio para transferir-se da cadeira-cama e de cama-cadeira (Araújo, et al., 2021).

Potencial para melhorar a capacidade para tomar banho

Potencial para melhorar a capacidade para usar dispositivo de apoio para tomar banho

Resultado esperado: capacidade para tomar banho e capacidade para usar dispositivo de apoio para tomar banho melhoradas

- Analisar com o utente a capacidade para tomar banho;
- Ensinar/instruir/treinar técnica de adaptação para tomar banho;
- Analisar com o utente a relação entre uso de dispositivo de apoio e a autonomia para tomar banho;
- Ensinar/instruir/treinar sobre dispositivo de apoio para tomar banho;
- Ensinar sobre adaptação do domicílio para tomar banho (Araújo, et al., 2021).

Potencial para melhorar a capacidade para vestir/despir-se

Potencial para melhorar a capacidade para usar técnica de adaptação para vestir/despir-se

Resultado esperado: capacidade para vestir/despir-se e capacidade para usar técnica de adaptação para vestir/despir-se melhoradas

- Analisar com o utente a capacidade para vestir/despir-se;
- Ensinar/instruir/treinar técnica de adaptação para vestir-se/despir-se;
- Analisar com o utente a relação entre uso de dispositivo de apoio e a autonomia para vestir-se/despir-se;
- Ensinar/instruir/treinar sobre dispositivo de apoio para vestir/despir-se;
- Incentivar o utente a vestir/despir-se (Araújo, et al., 2021).

Potencial para melhorar a capacidade para usar o sanitário

Potencial para melhorar o conhecimento e a capacidade para usar dispositivo de apoio para usar o sanitário

Resultado esperado: capacidade para usar o sanitário e conhecimento e a capacidade para usar dispositivo de apoio para usar o sanitário melhoradas

- Analisar com o utente a capacidade para usar o sanitário;
- Ensinar/instruir/treinar técnica de adaptação para usar o sanitário;
- Analisar com o utente a relação entre uso de dispositivo de apoio e a autonomia para usar o sanitário;
- Ensinar/instruir/treinar sobre dispositivo de apoio para usar o sanitário:
 - Altedor de sanita e barras laterais;

- Incentivar o utente a vestir/despir-se (Araújo, et al., 2021).

Potencial para melhorar a capacidade para arranjar-se

Potencial para melhorar o conhecimento e a capacidade para usar dispositivo de apoio para arranjar-se

Resultado esperado: capacidade para arranjar-se e conhecimento e a capacidade para usar dispositivo de apoio para arranjar-se melhoradas

- Analisar com o utente a capacidade para arranjar-se;
- Ensinar/instruir/treinar técnica de adaptação para arranjar-se;
- Analisar com o utente a relação entre uso de dispositivo de apoio e a autonomia para arranjar-se;
- Ensinar/instruir/treinar sobre dispositivo de apoio para arranjar-se;
- Incentivar o utente a arranjar-se;
- Ensinar sobre adaptação do domicílio para arranjar-se (Araújo, et al., 2021).

Tabela 6 - Plano de intervenção foro neurológico.

Plano de intervenção foro ortopédico

Plano de intervenção foro ortopédico

Pré-operatório

- A implementação de um programa de intervenção de ER no pré-operatório, tendo em consideração o ensino de exercícios e estratégias inerentes ao processo de recuperação e reabilitação, no que diz respeito ao autocuidado e alívio de dor, reduz a ansiedade e promove o envolvimento do utente e família. Neste período, a apreciação do potencial de reabilitação e capacidade de adquirir conhecimento, ajudam a definir objetivos funcionais e a prever a necessidade de apoio de um cuidador, assim como equipamento/ajudas técnicas necessárias ao processo de intervenção (Sousa & Vieira, 2017; Lourenço, et al., 2021).

Domínio cognitivo, comportamental, emocional, psicossocial e físico

Avaliação física e sociodemográfica

Avaliação do potencial de reabilitação do utente e potencialidade para adquirir conhecimento e capacitação.

- Avaliação da consciencialização acerca das limitações funcionais existentes, dos objetivos e das condições facilitadoras ou dificultadoras no processo de recuperação (Lourenço, et al., 2021):
 - Adequação/individualização dos cuidados de enfermagem de reabilitação, tendo em conta as necessidades do utente/família inserido no contexto comunidade;
 - Avaliação da força muscular através da Escala Medical Research Council Muscle (MRCMS) e a funcionalidade através da ENCS (Fonseca, 2013).

Reeducação Funcional Respiratória (RFR)

- Ensino dirigido ao utente, tendo em conta as patologias respiratórias de base;
- Consciencialização dos tempos respiratórios (“Cheirar a flor” e “Soprar a vela”);
- Exercícios abdomino-diafragmáticos;
- Exercícios de reeducação costal global;

- Ensino da tosse dirigida e assistida (OE, 2018 c ; Sousa & Vieira, 2017; Couto, et al., 2021).

Pós-operatório

- No período pós-operatório, embora existam especificações relativamente à articulação, é aconselhada a mobilização precoce, de modo a prevenir complicações músculo-esqueléticas articulares, assim como pulmonares. A atrofia muscular, rigidez da articulação envolvida, e a dependência nos diferentes domínios do autocuidado, assumem especial relevância, não só na conceção de cuidados de enfermagem de reabilitação como no potencial de recuperação, promovendo a força muscular e da amplitude do movimento articular com ganhos na autonomia e qualidade de vida (Lourenço, et al.,2021).

Domínio cognitivo, comportamental, emocional, psicossocial e físico

Reeducação Funcional Respiratória (RFR)

- Manter as intervenções supracitadas no pré-operatório, sendo possível adequar as mobilizações ao tipo de cirurgia e respeitando o limite da amplitude articular e o limiar da dor (Sousa & Vieira, 2017; Lourenço, et al., 2021).

As intervenções no período pós-operatório determinam-se pela:

- Controlo da dor (Sousa & Vieira, 2017; Lourenço, et al., 2021);
- Crioterapia no local da fratura para estabilização da fratura e redução do edema;
- Promoção da consciencialização do novo estado de saúde, incentivando a tomada de decisão;
- Realização do 1º levante no 2º dia pós-operatório e remoção de drenos nas 48 h, pós-operatório (em caso de existirem);
- Ensino sobre o autocuidado, posicionamento no leito, equilíbrio, transferir-se, andar com o auxiliar de marcha e prevenção de queda (Sousa & Vieira, 2017; Lourenço, et al., 2021);
- Treino de AVD'S;
- Avaliação da força muscular através da escala Medical Research Council Muscle (MRCMS) e a funcionalidade através da ENCS, capacidade para se transferir e andar com auxiliar de marcha.

Diagnósticos de Enfermagem/Intervenções

Reeducação Funcional Motora (RFM)

Resultado esperado: reeducação funcional motora melhorada

- Exercícios isométricos: contrações isométricas abdominais e dos glúteos, dos quadricípites;
- Exercícios isotónicos: com a realização de mobilizações ativas/livres/assistidas e/ou resistidas dos membros não operados;
- Exercícios para realização da ponte (com auxílio de trapézio);
- Exercícios de fortalecimento muscular dos membros superiores com auxílio de trapézio (Sousa & Vieira, 2017; Lourenço, et al., 2021).

Planeamento da alta

Garantir o envolvimento da pessoa significativa no processo de cuidados e preparação de alta

Realização de ensinamentos sobre:

- Adequação das condições do domicílio;
- Transferência cama/cadeira de rodas/cadeirão e vice-versa, de acordo o grau de descarga;

- Treino e ensino sobre andar com auxiliar de marcha (andarilho ou canadianas);
- Ensino sobre estratégias de prevenção de quedas no domicílio (retirar tapetes, corredores sem obstáculos, calçado antiderrapante (Sousa & Vieira, 2017; Lourenço, et al., 2021).

Potencial para melhorar a adesão ao Regime de Reabilitação

Resultado esperado: adesão ao Regime de Reabilitação melhorada

- Analisar a relação entre a adesão ao regime de reabilitação e recuperação;
- Ensinar sobre o regime de reabilitação;
- Incentivar a adesão ao regime de reabilitação (Sousa & Vieira, 2017; Lourenço, et al., 2021).

Potencial para melhorar a adesão a precauções de segurança

Resultado esperado: adesão a precauções de segurança melhorada

- Analisar a relação entre precauções de segurança e prevenção de complicações;
- Ensinar sobre técnica de posicionamento do membro superior;
- Ensinar/instruir/treinar sobre o uso de imobilização;
- Ensinar/instruir/treinar sobre o uso de imobilização;
- Ensinar o cuidador sobre técnica de posicionamento do membro superior;
- Ensinar/instruir/treinar o cuidador sobre aplicação de dispositivo de imobilização;
- Incentivar a adesão ao regime de reabilitação (Sousa & Vieira, 2017; Lourenço, et al., 2021).
- Informar/ensinar sobre prevenção de complicações na articulação do ombro;
- Incentivar a adesão a precauções de segurança (Lourenço, et al., 2021).

Movimento corporal comprometido no membro inferior (anca)

Resultado esperado: movimento corporal no membro inferior melhorado

- Analisar com o utente a relação entre exercícios musculares e articulares e a mobilidade da anca;
- Ensinar/instruir sobre exercícios musculares (isométricos);
- Treinar exercícios musculares (exercícios isométricos);
- Executar técnica de exercício muscular e articular (passivos, ativo-assistidos, ativo-Resistidos);
- Ensinar/instruir/treinar sobre exercícios musculares e articulares (exercícios ativos);
- Reforçar os exercícios musculares e articulares;
- Incentivar os exercícios musculares e articulares (Sousa & Vieira, 2017; Lourenço, et al., 2021).

Movimento corporal comprometido no membro inferior (joelho)

Resultado esperado: Movimento corporal no membro inferior melhorado

- Analisar com o utente a relação entre exercícios musculares e articulares e a mobilidade do joelho;
- Ensinar/instruir sobre exercícios musculares (isométricos);
- Treinar exercícios musculares (exercícios isométricos);
- Executar técnica de exercício muscular e articular (passivos, ativo-assistidos, ativo-Resistidos);
- Ensinar/instruir/treinar sobre exercícios musculares e articulares (exercícios ativos);
- Reforçar os exercícios musculares e articulares;
- Incentivar os exercícios musculares e articulares (Sousa & Vieira, 2017; Lourenço, et al., 2021).

Ventilação comprometida

Resultado esperado: ventilação melhorada

- Executar técnicas de posicionamento para otimizar a ventilação;
- Executar técnicas respiratórias;
- Informar/ensinar/instruir o utente sobre técnica de posicionamento;
- Incentivar técnica de posicionamento;
- Informar/ensinar/instruir sobre técnicas respiratórias de otimização de ventilação;
- Treinar instruir sobre técnicas respiratórias de otimização de ventilação;
- Incentivar o uso de técnicas respiratórias (Sousa & Vieira, 2017; Couto, et al., 2021).

Potencial para melhorar a capacidade para transferir-se

- Analisar com o utente a relação entre o uso de dispositivo de apoio e a autonomia para transferir-se;
- Instruir sobre dispositivo para transferir-se;
- Treinar o uso de dispositivo de apoio para transferir-se;
- Ensinar/Instruir/treinar sobre prevenção de complicações durante o transferir-se entre cama-cadeira e vice-versa;
- Providenciar material educativo;
- Incentivar o utente a transferir-se (Sousa & Vieira, 2017; Lourenço, et al., 2021).

Potencial para melhorar a capacidade para tomar banho

Resultado esperado: capacidade para tomar banho melhorada

- Analisar com o utente a relação entre o uso de dispositivo de apoio e a autonomia para tomar banho;
- Instruir sobre dispositivo para tomar banho;
- Treinar o uso de dispositivo de apoio para tomar banho;
- Ensinar/Instruir/treinar sobre prevenção de complicações na articulação (anca e joelho) durante o tomar banho;
- Providenciar material educativo;
- Incentivar a utente a tomar banho;
- Ensinar sobre a adaptação ao domicílio (Sousa & Vieira, 2017; Lourenço, et al., 2021).

Potencial para melhorar a capacidade para vestir-se e despir-se

Resultado esperado: capacidade para vestir-se e despir-se melhorada

- Analisar com o utente a relação entre o uso de dispositivo de apoio e autonomia para vestir-se e despir-se;
- Instruir sobre dispositivo de apoio para vestir-se/despir-se (ex: pinças de cabo longo, calçadeira);
- Treinar o uso de dispositivo de apoio para vestir-se/despir-se;
- Ensinar sobre prevenção de complicações da articulação durante o vestir-se/despir-se;
- Instruir/treinar para prevenção de complicações da articulação durante o vestir-se/despir-se;
- Providenciar material educativo;
- Incentivar o utente a vestir-se/despir-se (Sousa & Vieira, 2017; Lourenço, et al., 2021).

Potencial para melhorar a capacidade para sentar-se

Resultado esperado: capacidade para sentar-se melhorada

- Ensinar sobre a prevenção de complicações na articulação (da anca ou joelho) durante o sentar-se;

- Instruir/treinar sobre a prevenção de complicações na articulação (da anca ou joelho) durante o sentar-se;
- Providenciar material educativo (Sousa & Vieira, 2017; Lourenço, et al., 2021).

Potencial para melhorar a capacidade para andar com auxiliar de marcha

Resultado esperado: capacidade para andar com auxiliar de marcha melhorada

- Analisar com a utente a relação entre o uso de auxiliar de marcha e autonomia para andar;
- Ensinar sobre auxiliar de marcha;
- Ensinar sobre andar com auxiliar de marcha;
- Instruir sobre andar com auxiliar de marcha, dependendo da situação (carga ou descarga do membro operado);
- Instruir sobre andar com auxiliar de marcha (subir e descer as escadas);
- Treinar a andar com auxiliar de marcha;
- Ensinar sobre a adaptação ao domicílio para andar com auxiliar de marcha;
- Providenciar material educativo (Sousa & Vieira, 2017; Lourenço, et al., 2021).

Potencial para melhorar a capacidade para autocuidado: uso do sanitário

Resultado esperado: capacidade para autocuidado: uso do sanitário melhorada

- Analisar com o utente a relação entre o uso de dispositivo de apoio e autonomia para uso de sanitário;
- Instruir sobre uso de dispositivo de apoio para uso de sanitário (alceador de sanita, presença de barras laterais ou cadeira sanitária);
- Ensinar sobre prevenção de complicações na articulação (anca ou joelho) ao usar o sanitário;
- Instruir/treinar para prevenir complicações na articulação (anca ou joelho) ao usar o sanitário;
- Providenciar material educativo;
- Incentivar o utente a usar o sanitário;
- Ensinar sobre a adaptação ao domicílio (Sousa & Vieira, 2017; Lourenço, et al., 2021).

Potencial para melhorar o equilíbrio

Resultado esperado: equilíbrio melhorado

- Analisar com a utente a relação entre equilíbrio comprometido e risco de queda;
- Executar técnica de equilíbrio (estático e dinâmico);
- Ensinar sobre técnica de equilíbrio (estático e dinâmico);
- Instruir o treino de equilíbrio (estático e dinâmico);
- Treinar o equilíbrio (estático e dinâmico);
- Assistir no treino de equilíbrio (estático e dinâmico);
- Providenciar material educativo
- Incentivar treino de equilíbrio (Sousa & Vieira, 2017; Lourenço, et al., 2021).

Tabela 7 - Plano de intervenção foro ortopédico.

2.3.4. Considerações éticas

O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV, 2018), relativamente à integridade na investigação científica, recomenda às instituições uma conduta científica de acordo com o especificado no Código Europeu de Conduta para a Integridade Científica, e com o compromisso de assegurar e promover os princípios e padrões éticos. Os princípios éticos

consagrados são: a fiabilidade, por forma a garantir a qualidade da investigação; a honestidade no desenvolvimento, realização, revisão, elaboração de relatórios e na comunicação da investigação; o respeito pelos colegas e participantes da investigação; a responsabilidade pela investigação, desde o projeto até à publicação, incluindo a gestão, organização, formação, supervisão, orientação e os seus impactos.

De acordo com Nunes (2020), os enfermeiros têm a obrigação de salvaguardar os direitos humanos em qualquer situação, incluindo a participação em investigação. Os princípios éticos gerais que devem guiar a investigação em Enfermagem são: A beneficência, «fazer o bem» para o próprio participante como para a sociedade; a maleficência, sob o princípio de «não causar dano», pelo que devem ser avaliados os riscos possíveis e previsíveis; a fidelidade, o princípio de «estabelecer confiança» entre o investigador e o participante do estudo; a Justiça, o princípio de «proceder com equidade»; a veracidade, o princípio ético de «dizer a verdade», sobre os riscos e benefícios, aplicando sempre o consentimento livre e esclarecido; a confidencialidade, o princípio de «salvaguardar» a informação de carácter pessoal.

A Enfermagem é uma ciência humana, pelo que este projeto desenvolve-se num contexto humanista, tendo os enfermeiros uma preocupação adicional com o bem-estar das pessoas, sendo o cumprimento integral dos princípios éticos crucial, ao longo de todo o processo. Estes princípios estão relacionados com o respeito pelos direitos dos participantes no estudo, tais como: não receber dano, sendo avaliado o potencial prejuízo do estudo e eliminar riscos desnecessários; o direito de conhecimento pleno e de informação completa sobre o estudo, sendo informados sobre o direito de não participar e livre de coerção; o direito de autodeterminação, baseia-se no princípio ético do respeito pela autonomia das pessoas, sendo capaz de decidir e tomar conta do seu próprio destino, sem coação; o direito à intimidade, a pessoa é livre de decidir sobre a extensão da informação a dar e a determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas; o direito ao anonimato e à confidencialidade, os dados pessoais não podem ser divulgados ou partilhados sem autorização expressa da pessoa, nem a identidade associada às respostas individuais. Os resultados devem ser apresentados de modo a que os participantes não sejam reconhecidos (Nunes, 2020).

No que concerne à deontologia profissional dos enfermeiros, o desenvolvimento deste projeto de intervenção assenta no rigoroso cumprimento dos princípios éticos expressos no REPE, dos quais salienta-se: o princípio geral da “*defesa da liberdade e dignidade da pessoa humana*” (artigo 99º, nº 1); os princípios orientadores da atividade dos enfermeiros de “*respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes*” (artigo 99, nº 3, alínea b) e de “*excelência do exercício*” (alínea c); os deveres de informação (artigo 105º) em que se realça “*respeitar, defender*

e promover o direito da pessoa ao consentimento informado" (alínea b); os deveres de sigilo (artigo 106º) "*manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados*" (alínea e); garantir anonimato e confidencialidade é basilar na relação entre o investigador e a pessoa que consente o estudo; os deveres de "*respeito pela intimidade*" (artigo 107º), protegendo de interferência na vida privada da pessoa e da sua família; os deveres de salvaguardar os direitos das crianças, pessoas idosas e pessoas com deficiência (artigo 102º, dos valores humanos) (Nunes, 2020, p. 15-16).

Para garantir o direito à confidencialidade e anonimato, os participantes foram devidamente informados sobre as intervenções e as intenções do projeto, obtendo assim o seu consentimento esclarecido, voluntário e informado para participar no projeto de intervenção. Todos os dados recolhidos, durante a execução deste projeto, foram tratados de forma anónima e utilizados exclusivamente para os propósitos deste projeto.

2.4. RESULTADOS

Segundo Yin (2003), numa primeira fase, deve realizar-se uma descrição e uma reflexão sobre os estudos de caso. Assim, em conformidade com esta sugestão, os estudos de caso desenvolvidos serão apresentados em seguida.

Os instrumentos utilizados neste projeto foram o ENCS (Lopes & Fonseca, 2013) e o IB (DGS, 2011 a), conforme mencionado no subcapítulo referente aos instrumentos de recolha de dados. Estes instrumentos foram aplicados em três momentos distintos: avaliação inicial, intermédia e avaliação final. Durante o estágio de reabilitação, realizado no serviço de ortopedia, apenas foi possível realizar duas avaliações, a avaliação inicial e final. Os dados estatísticos foram tratados com recurso à plataforma ENCS (Multidimensional Integrated Assessment Platform for Elderly [MIAPe], 2022) e no Microsoft Excel.

Na implementação do programa de intervenção, foram aplicadas outras escalas e instrumentos de avaliação, que se mostraram pertinentes e que serão referidas ao longo deste relatório.

Estudo de Caso A1

Trata-se de um utente de 62 anos de idade (A1), do sexo masculino, casado, sendo atualmente trabalhador na fábrica de papel R. Este era autónomo no seu autocuidado e nas suas AVD's, previamente ao internamento. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de dor torácica

latero inferior esquerda e dispneia com 24 horas de evolução e agravamento progressivo. Na sala de emergência, apresentava um Glasgow de 15 na escala de coma, taquicardia (120-130 bpm), hipotensão (85/50 mmhg), polipneia e dispneia em repouso, cansaço fácil a pequenos esforços, saturação de oxigénio periférica de 91% (FiO2 21%). Murmúrio vesicular diminuído e ferveores subcrepitantes na base postero-lateral da porção inferior do hemitórax esquerdo (zona do lobo inferior esquerdo), com discretos sibilos à expiração forçada. Inicia oxigenoterapia e antibioterapia entre outra terapêutica endovenosa. Após observação pelo SMI, fica internado no UOM.

Realizou ecografia torácica que revelou derrame pleural de grande volume à esquerda. No mesmo dia, realizou TAC torácico, que apresentava sinais sugerindo quadro de pneumonia com derrame parapneumónico associado, num contexto de provável DPOC de base a confrontar com reavaliação programada, após prova terapêutica idealmente com administração de contraste. Realizada toracocentese à esquerda diagnóstica com saída de 50 ml de líquido amarelo turvo/leitoso, pH de 7.0, feitas colheitas para citologia, química e microbiologia bem como pesquisa de células neoplásicas.

Como comorbidades, o utente A1 apresentava tabagismo ativo, bolhas de enfisema nas bases pulmonares com atelectasias, dislipidemia, bloqueio completo do ramo esquerdo (BCRE), hiperuricemia, hábitos etílicos ligeiros, diverticulose do colon, fistula anal, rotula do menisco interno do joelho esquerdo (lesão), operado às cataratas bilateralmente e insuficiência venosa nos membros inferiores com varizes. Apresentava história de alergia medicamentosa ao alopurinol. A sua esposa e filho visitavam regularmente o utente sendo as utentes de referência durante o internamento.

Neste contexto, o utente é transferido para o SMI, e ficou internado com os diagnósticos de Pneumonia da base esquerda, Derrame pleural parapneumónico e DPOC agudizada em contexto infeccioso. Colocada linha arterial na radial à direita, sem intercorrências. Para registo de diurese foi algaliado com folley 14, com saída de urina clara. Também foi colocado dreno torácico à esquerda com saída de 1100 ml de líquido citrino, realizou RX de controlo. Por agravamento da parte respiratória, dessaturação e tiragem iniciou VNI – CPAP com FiO2 a 100 %.

Apresentou alterações hemodinâmicas, pelo que foi colocado um cateter venoso central na femoral à esquerda, tendo a tensão arterial oscilado entre a hipertensão e a hipotensão e feito perfusão de dinitrato de isossorbida (DNI) e noradrenalina respetivamente, entre outra medicação. Também apresentou quadro de FA RVR, sendo administrado digoxina e perfusão de amiodarona.

No quarto dia de internamento, o dreno torácico encontrava-se não oscilante ou borbulhante sendo exteriorizado três centímetros, com indicação para lavagem com 100 ml de

soro, três vezes dia, com saída de líquido sero hemático. No oitavo dia de internamento, o dreno é exteriorizado acidentalmente, tendo ficado com penso externamente limpo e seco.

No terceiro dia de internamento no SMI, o utente encontra-se estabilizado e com critérios para iniciar reabilitação respiratória com o objetivo de otimizar a ventilação e prevenir atrofia muscular, tendo cumprido o treino do controle e dissociação dos tempos respiratórios, reeducação costal bilateral, exercícios de expansão torácica à esquerda, manobras de compressão na região posterior e técnica da tosse assistida. Não tolerou reabilitação motora.

No segundo dia que realizou reabilitação, apresentava-se eupneico em repouso com aporte de oxigénio por máscara de venturi com FiO₂ a 50 %, 94 % de saturação, respiração mista de média amplitude, reflexo da tosse presente e eficaz. Sem queixas álgicas. Murmúrio vesicular (MV) bilateral, diminuído à esquerda. Com o objetivo de otimizar a ventilação e as trocas gasosas, foi realizada reeducação funcional respiratória com controlo dos tempos respiratórios, expiração com os lábios semicerrados, reeducação abdomino-diafragmática e costal bilateral, técnicas de expansão torácica à esquerda e tosse assistida. No final da sessão, o utente mobilizava e expelia secreções mucopurulentas em quantidade moderada. MV bilateral, menos diminuído à esquerda.

No terceiro dia de reabilitação, apresentava-se eupneico em repouso com aporte de oxigénio máscara de venturi com FiO₂ a 35 %, saturações de oxigénio entre 94-95 %, cansaço fácil a pequenos esforços, que recuava após pequena pausa e respiração mista de média amplitude. Hemodinamicamente estável, sem queixas álgicas, com acessos de tosse produtiva e conseguia mobilizar secreções. MV bilateral, mas muito diminuído à esquerda. Com o objetivo de otimizar a ventilação, as trocas gasosas, e promover a manutenção da força muscular, foi realizada reeducação funcional respiratória com controlo dos tempos respiratórios, reeducação costal bilateral, exercícios de abertura costais reexpansão torácica à esquerda e ensino da tosse dirigida. Realizou mobilizações ativas e resistidas de todos os segmentos articulares. O utente apresentou-se colaborante na sessão de reabilitação. No final da sessão, MV bilateral mais diminuído à esquerda.

No quarto dia de reabilitação, apresentava-se eupneico em repouso com aporte de oxigénio máscara de venturi com FiO₂ a 35 %, saturações entre 94-94 %, respiração mista de média amplitude. Hemodinamicamente estável, sem queixas álgicas, com acessos de tosse esporádicos com expetoração escassa. MV diminuído à esquerda com roncos dispersos nos lobos superiores. Com o objetivo de otimizar a ventilação, as trocas gasosas, e prevenir a atrofia muscular e rigidez articular, foi realizada reeducação funcional respiratória com controlo dos tempos respiratórios, reeducação costal bilateral, exercícios de abertura costais reexpansão torácica bilaterais. Realizou

mobilizações ativas e resistidas de todos os segmentos articulares. No final da sessão, MV bilateral, mais diminuído à esquerda. Realizou o primeiro levante para cadeirão com equilíbrio estático e dinâmico sem alterações, tendo tolerado o levante.

No quinto dia de reabilitação, apresentava-se eupneico em repouso com aporte de oxigênio máscara de venturi com FiO₂ a 35 %, saturações entre 94-96 %, respiração mista de média amplitude. Hemodinamicamente estável, sem queixas álgicas, mantém acessos de tosse esporádicos com expetoração escassa. MV diminuído à esquerda com roncos dispersos nos lobos superiores. Com o objetivo de otimizar a ventilação, as trocas gasosas, e prevenir a atrofia muscular e rigidez articular, foi realizada reeducação funcional respiratória com controlo dos tempos respiratórios, exercícios de reexpansão torácica, exercícios de aberturas costais bilateral com bastão que o utente tolerou. Realizou mobilizações ativas e resistidas de todos os segmentos articulares com o cicloergómetro, nos membros superiores, 15 minutos, resistência 0,5 kg e cadência 18, nos membros inferiores, 20 minutos, resistência 0,5 kg e cadência 18. O utente apresentou-se motivado na execução dos exercícios de reabilitação. No final da sessão, apresentou acessos de tosse e expeliu secreções. MV bilateral, ligeiramente mais diminuído à esquerda e diminuição dos roncos. Fez levante para cadeirão que tolerou.

No sexto dia de reabilitação, apresentava-se eupneico em repouso com aporte de oxigênio máscara de venturi com FiO₂ a 35 %, saturações entre 95-97 %, respiração mista de média amplitude. Hemodinamicamente estável, sem queixas álgicas, reflexo de tosse presente e eficaz. MV mantido bilateral com roncos dispersos. Com o objetivo de otimizar a ventilação, as trocas gasosas, foi realizada reeducação funcional respiratória com controlo dos tempos respiratórios, expiração com os lábios semicerrados, reeducação abdomino-diafragmática e costal bilateral, técnicas de expansão torácica à esquerda e tosse assistida. O utente conseguiu expelir e mobiliza secreções mucopurulentas em moderada quantidade. Realizou levante para cadeirão sem intercorrências. Equilíbrio estático e dinâmico sem alterações, realizou treino de marcha cerca de 300 metros e desceu e subiu 5 degraus de escadas. No final da sessão, MV bilateral, ligeiramente mais diminuído à esquerda e diminuição dos roncos. Fica com oxigenoterapia através de cânula nasal a 6 l/m com saturação de oxigênio de 96%.

Durante o internamento, foram realizadas três avaliações dos instrumentos ENCS (Lopes & Fonseca, 2013) e IB (DGS, 2011 b), uma inicial, no momento da avaliação diagnóstica, a segunda após intervenção de ER e a última no dia da transferência do utente para o serviço de pneumologia, estes dados estão apresentados na Tabela 8 e na Tabela 9.

ENCS	Avaliação diagnóstica	Avaliação Intermédia	Avaliação final
Score global de funcionalidade	50,83% (Problema Grave)	38,33% (Problema Moderado)	26,67% (Problema Moderado)
Autocuidados	81,67% (Problema grave)	61,67% (Problema grave)	31,67% (Problema Moderado)
Aprendizagem e funções de memória	30% (Problema Moderado)	20% (Problema Ligeiro)	20% (Problema Ligeiro)
Comunicação	46,67% (Problema Moderado)	26,67% (Problema Moderado)	20% (Problema Ligeiro)
Ambiente	45% (Problema Moderado)	45% (Problema Moderado)	35% (Problema Moderado)

Tabela 8 - Avaliação do ENCS do estudo de caso A1.

Índice de Barthel	Avaliação diagnóstica	Avaliação intermédia	Avaliação final
Alimentação	5	5	10
Transferências	5	10	15
Toalete	0	5	5
Utilização do WC	5	5	10
Banho	0	5	5
Mobilidade	5	10	10
Subir e descer escadas	0	0	5
Vestir	5	5	10
Controlo intestinal	5	10	10
Controlo urinário	5	10	10
Total	35	65	90

Tabela 9 - Avaliação do IB do estudo de caso A1.

Pode-se constatar que o utente A1 apresentava um problema grave (50,83%) ao nível geral da sua funcionalidade. No que concerne ao autocuidado, apresentava um problema grave com 81,67%. Na comunicação, aprendizagem e funções de memória e ambiente apresentava problema moderado, sendo 46,67 %, 30 % e 45 % respetivamente.

Na avaliação intermédia pôde-se observar os ganhos adquiridos no decorrer das sessões de reabilitação, sendo que o utente A1 apresentava um aumento da sua capacidade funcional, com um decréscimo da sua incapacidade de 12,50 %, ficando com um score geral de funcionalidade de

38,33 %. Relativamente ao autocuidado, apresentava um problema grave com 81,67 % e obteve um decréscimo de 20 %, fixando-se nos 61,67 %. Na comunicação obteve um decréscimo de 20 %, ficando com 26,67 %, apresentando também um decréscimo de 10 % na aprendizagem e funções de memória, fixando-se em 20 %. Manteve a avaliação de 45%, problema moderado no ambiente.

No dia em que o utente A1 foi transferido para o serviço de pneumologia, realizou-se a terceira avaliação e pôde-se verificar uma melhoria significativa do perfil funcional, tendo-se constatado uma diminuição de 11,66 % em relação à avaliação anterior e 24,16% relativamente à avaliação inicial, fixando-se nos 26,67 %, problema moderado. A melhoria funcional deve-se em grande parte aos autocuidados, sendo que A1, passou de problema grave para problema moderado, obtendo 31,67 % na última avaliação, o que corresponde a uma diminuição da dependência nos autocuidados de 20 % e 50 % em relação à avaliação inicial. Quanto à dimensão da comunicação, passou de um problema moderado para um problema ligeiro, fixando-se em 20 %. A aprendizagem e funções de memória apresentou ganhos de 10 %, fixando-se em 20 % na avaliação final. No ambiente manteve o problema como moderado, com uma diminuição de 5 % em relação à avaliação inicial e intermédia, fixando-se em 35 %.

Relativamente ao Índice de Barthel, pode-se concluir que na avaliação diagnóstica o utente A1 apresentava a nível dos domínios, toailete, banho e subir e descer escadas score 0, na alimentação, transferências, utilização do WC, banho, mobilidade, vestir e controlo intestinal e urinário apresentava score 5, obtendo um score de 35 na avaliação inicial. Na avaliação intermédia, após intervenção do enfermeiro de reabilitação, verificou-se que o score passou de 35 para 65, estes ganhos verificaram-se nos domínios, transferências, toailete, banho, mobilidade e controlo intestinal e urinário. No dia da transferência para o serviço de pneumologia, realizou-se a avaliação final, verificando-se a alteração do score de 65 para 90. Pôde-se constatar que estes ganhos estão relacionados com os domínios; alimentação, transferências, utilização do WC, subir e descer escadas e vestir. Podemos concluir que em relação à avaliação inicial, que o utente A1, obteve um ganho de 55, fixando-se o score em 90, aquando da avaliação final.

O utente encontrava-se melhorado e com critérios para transferência para o serviço de pneumologia do Centro Hospitalar, tendo sido transferido no dia em que realizou a sexta sessão de reabilitação. Foram retirados os cateteres, central e vesical sem intercorrências e colocado um cateter venoso periférico, assim como retirada a linha arterial. Apresentava um Glasgow de 15 na escala de coma, na escala de Morse, avaliado score de 35, apresentando baixo risco de queda,

(DGS, 2019). À avaliação da escala de Braden, obteve um score de 21, apresentando baixo risco de desenvolver úlceras de pressão (DGS, 2011 b) e dor 0, com recurso à escala numérica da dor.

Estudo de Caso A2

Trata-se de uma utente de 66 anos de idade (A2), do sexo feminino, casada, operária fabril, sendo atualmente reformada. Previamente ao internamento era independente no seu autocuidado e nas suas AVD's e residia com o marido, sendo a nora o contacto de referência. Recorreu ao serviço de urgência por dispneia, cansaço fácil a pequenos esforços, tosse com expectoração, febre com quatro dias de evolução e com agravamento progressivo e hipoxemia à admissão com saturação de oxigénio de 84% a ar ambiente, referia história de roncopatia, com episódios ocasionais de pausas respiratórias e sonolência diurna. Apresentava RX tórax com reforço perihilar bilateral, na auscultação pulmonar (AP), murmúrio vesicular (MV) global diminuído, tendo ficado internada no UOM, admitindo-se traqueobronquite aguda hipoxemiante.

Tem antecedentes pessoais de doença de: FA, tendo realizado cardioversão elétrica a 5/5/2023, saindo com ECG em ritmo sinusal, 49 bpm BAV 1º grau, bradicardia iatrogénica, insuficiência cardíaca (IC) com fração de ejeção preservada (53%), etiologia hipertensiva vs. isquémica, agudização por FA com resposta ventricular rápida, hipertireoidismo, hipocinesia do septo anterior e insuficiência mitral ligeira, HTA, hiperuricemia, obesidade, SAOS muito grave (provas do sono a 25/5/2023), trombose venosa periférica iliofemoral esquerda, carcinoma urotelial de alto grau do ureter, sendo submetida a nefrectomia radical esquerda, cistectomia perimeatal, histerectomia e anexectomia bilateral com quimioterapia, episódio depressivo ligeiro a moderado com perturbação de ansiedade (agorafobia), sendo seguida na consulta de psiquiatria e ex-fumadora (suspendeu em 2014). Sem alergias conhecidas.

Por agravamento clínico súbito, compatível com edema agudo pulmonar foi admitida no SMI para vigilância e assertividade terapêutica, tendo iniciado VNI, broncodilatadores, perfusão de DNI e outra medicação endovenosa. MV com fervores bilaterais.

Na admissão no SMI, a utente encontrava-se consciente, calma e orientada na pessoa, no espaço e tempo. Conectada a ventilação não invasiva, bem-adaptada com saturações de oxigénio entre 84-90%, polipneica, incrementado oxigénio a 100 % transitoriamente, ficando com saturações superiores a 95%. Normocardica, ligeiramente hipotensa, pelo que suspende perfusão de DNI, normoglicémica e apirética. Apresentava um Glasgow de 15 na escala de coma e dor com valor de 0 na escala numérica. Para registo de diurese foi algaliada com algalia tipo folley nº 14,

com saída de urina clara, colocada linha arterial na radial à direita, cateter venoso central na jugular à direita e foram efetuadas colheitas para rastreio séptico e iniciou-se antibioterapia.

No início do internamento no SMI, oscilou entre a hipertensão e a hipotensão, tendo iniciado e suspenso a perfusão de DNI. Cumpriu períodos de oxigenoterapia através de máscara de venturi com FiO₂ a 40% e por gasometria com acidose, Ph de 7.30 com retenção de CO₂ de 71, foi novamente conectada a VNI. Inicialmente com VNI contínuo que se foi descontinuando a par do controlo tensional e terapêutica descongestiva.

No final do primeiro dia de internamento no SMI, a utente encontra-se consciente calma e orientada na pessoa, no espaço e tempo, estabilizada e com critérios para iniciar reabilitação respiratória. Apresentava-se eupneica em repouso, respiração mista, superficial, simétrica com aporte de oxigénio a 10 l/min através de máscara de venturi e reflexo de tosse presente e eficaz, sem queixas álgicas. Hemodinamicamente estável com MV mantido bilateral com roncospersos. Com o objetivo de otimizar a ventilação e otimizar as trocas gasosas, cumpriu cinesiterapia respiratória com controlo e dissociação dos tempos respiratórios, reeducação abdomino-diafragmática e manobras acessórias de vibro-compressão. A utente encontrava-se colaborante dentro das suas possibilidades e recetiva à sessão de reabilitação, mobilizava e expelia secreções muco purulentas espessas em grande quantidade, tendo sido feita colheita de expectoração para análise. Durante a cinesiterapia, foi administrada uma fórmula de flumiceil inalatória. Após sessão de reabilitação respiratória, a utente encontrava-se com MV mantido bilateral, mas com franca diminuição dos roncospersos.

No segundo dia de reabilitação, a utente apresentava-se consciente calma e orientada na pessoa, espaço e tempo, eupneica em repouso com aporte de oxigénio por máscara de venturi a 10 l/min, com FiO₂ a 40%, 93% de saturação, respiração mista de média amplitude, simétrica e cansaço fácil a médios esforços. Reflexo da tosse presente e eficaz, mobiliza e expelia secreções de forma autónoma, secreções mucopurulentas, espessas em grande quantidade. Sem queixas álgicas. Hemodinamicamente estável. Na auscultação pulmonar (AP), apresentava murmúrio vesicular (MV) bilateral, diminuído nas bases com roncospersos. Com o objetivo de otimizar a ventilação, as trocas gasosas, foi realizada cinesiterapia respiratória, controlo e dissociação dos tempos respiratórios, reeducação abdomino-diafragmática e costal bilateral, exercícios de reexpansão torácica, manobras de vibro compressão, exercícios de abertura costais bilaterais e exercícios de tosse assistida. No final da sessão, a utente mobilizava e expelia secreções mucopurulentas em grande quantidade. MV bilateral mantido com melhoria e diminuição dos roncospersos.

No terceiro dia de reabilitação, apresentava-se consciente, calma e orientada na pessoa, espaço e tempo, eupneica em repouso com aporte de oxigénio por máscara de venturi a 8 l/min, com FiO₂ a 35%, com saturações entre 91-93% no início da sessão e no final 97%, respiração mista de média amplitude, simétrica e cansaço fácil a médios esforços. Reflexo da tosse presente e eficaz, mobilizava e expelia secreções de forma autónoma, secreções mucopurulentas. Hemodinamicamente estável, com traçado cardíaco em ritmo sinusal, sem queixas álgicas. MV no início da sessão, diminuído nas bases e com roncos dispersos, tendo no final da sessão de reabilitação apresentado uma melhoria em relação aos roncos. Com o objetivo de otimizar a ventilação e as trocas gasosas, foi realizada cinesiterapia respiratória, controlo e dissociação dos tempos respiratórios, reeducação abdomino-diafragmática e costal bilateral, exercícios de reexpansão torácica, manobras de vibro compressão, exercícios de abertura costais bilaterais e exercícios de tosse assistida.

No quarto dia de reabilitação, apresentava-se consciente, calma e orientada na pessoa, espaço e tempo, eupneica em repouso com aporte de oxigénio por cânula nasal a 4 l/min, com saturações entre 91-93% no início da sessão e no final 97%, respiração mista de média amplitude, simétrica e cansaço fácil a médios esforços. Reflexo da tosse presente e eficaz, mobilizava e expelia secreções de forma autónoma, secreções com características mucopurulentas, com moraxella catarrhalis e haemophilus influenzae na expetoração e a fazer antibiótico dirigido. Hemodinamicamente estável, com traçado cardíaco em ritmo sinusal, sem queixas álgicas. Encontrava-se triste, face à sua situação clínica. Foi dada ênfase ao apoio emocional. MV no início da sessão, diminuído nas bases e com roncos dispersos, tendo no final da sessão de reabilitação apresentado uma melhoria em relação aos roncos. Com o objetivo de otimizar a ventilação, as trocas gasosas e promover o levante, foi realizada cinesiterapia respiratória, controlo e dissociação dos tempos respiratórios, reeducação abdomino-diafragmática e costal bilateral, exercícios de reexpansão torácica, manobras de vibro compressão e tosse assistida. Realizou mobilizações ativas de todos os segmentos articulares, sendo utilizado o cicloergómetro, nos membros superiores, 20 minutos, resistência 0 kg e cadencia 18. A utente apresentou-se motivada durante a execução dos exercícios de reabilitação. Realizou o primeiro levante para cadeirão, com equilíbrio estático e dinâmico não comprometidos, fez marcha até ao cadeirão com carga total e tolerou a mesma.

Durante o internamento, foram realizadas três avaliações dos instrumentos ENCS (Lopes & Fonseca, 2013) e IB (DGS, 2011 b), uma inicial, no momento da avaliação diagnóstica, a segunda após intervenção de ER e a última no dia da transferência da utente para o serviço de medicina interna, estes dados estão apresentados na Tabela 10 e Tabela 11.

ENCS	Avaliação Diagnóstica	Avaliação Intermédia	Avaliação Final
Score global de funcionalidade	49,58% (Problema moderado)	39,58% (Problema moderado)	33,33% (Problema moderado)
Autocuidados	85% (Problema grave)	68,33% (Problema grave)	53,33% (Problema grave)
Aprendizagem e funções de memória	33,33% (Problema moderado)	23,33% (Problema ligeiro)	20% (Problema ligeiro)
Comunicação	40% (Problema moderado)	26,67% (Problema moderado)	20% (Problema ligeiro)
Ambiente	40% (Problema moderado)	40% (Problema moderado)	40% (Problema moderado)

Tabela 10 - Avaliação do ENCS do estudo de caso A2.

Índice de Barthel	Avaliação Diagnóstica	Avaliação Intermédia	Avaliação Final
Alimentação	5	5	10
Transferências	5	10	10
Toalete	5	5	5
Utilização do WC	0	5	5
Banho	0	0	5
Mobilidade	0	5	10
Subir e descer escadas	0	0	0
Vestir	0	5	5
Controlo intestinal	10	10	10
Controlo urinário	0	5	10
Total	25	50	70

Tabela 11 - Avaliação do IB do estudo de caso A2.

Pôde-se verificar que a utente A2 apresentava um problema moderado (49,58%) ao nível geral da sua funcionalidade. No que concerne ao autocuidado, apresentava um problema grave com 85%. Na comunicação, aprendizagem e funções de memória e ambiente apresentava problema moderado, sendo 40 %, 33,33% e 40 %, respetivamente.

Na avaliação intermédia verificou-se os ganhos adquiridos no decorrer das sessões de reabilitação, sendo que a utente A2 apresentava um aumento da sua capacidade funcional, com um decréscimo da sua incapacidade de 10%, ficando com um score geral de funcionalidade de 39,58%. Relativamente ao autocuidado, apresentava um problema grave com 85% e obteve um decréscimo de 16,67%, fixando-se nos 68,33%. Na comunicação obteve um decréscimo de 13,33%, ficando

com 26,67 %, apresentando também um decréscimo de 10% na aprendizagem e funções de memória, fixando-se em 23,33 %. Manteve a avaliação de 40%, problema moderado no ambiente.

No dia da transferência para o serviço de medicina interna, realizou-se a terceira avaliação e pôde-se verificar que o perfil funcional de A2 apresentou uma melhoria, tendo uma diminuição de 6,25% em relação à avaliação anterior e 16,25% relativamente à avaliação inicial, fixando-se nos 33,33% considerado como problema moderado. A melhoria funcional deve-se em grande parte aos autocuidados, sendo que A2, passou de 68,33% para 53,33% na última avaliação, o que corresponde a uma diminuição da dependência nos autocuidados de 16,67% e 31,67 % em relação à avaliação inicial. Quanto à comunicação, passou de um problema moderado para um problema ligeiro, fixando-se em 20%. A aprendizagem e funções de memória apresentou ganhos de 13,33%, fixando-se em 20% na avaliação final. No ambiente manteve o problema como moderado, fixando-se em 40%.

Em relação à utilização do Índice de Barthel, na avaliação diagnóstica a utente A2 apresentava a nível dos domínios, utilização do WC, banho, mobilidade, subir e descer escadas, vestir e controlo urinário score 0, na alimentação, transferências e toalete apresentava score 5 e na eliminação intestinal apresentava score 10, obtendo um score de 25 na avaliação inicial. Na avaliação intermédia, após intervenção do enfermeiro de reabilitação, verificou-se que o score passou de 25 para 50, estes ganhos devem-se aos domínios; transferências, utilização do WC, mobilidade, vestir e controlo urinário. No dia da transferência para o serviço de medicina interna, realizou-se a avaliação final, verificando-se a alteração do score de 50 para 70. Constatou-se que estes ganhos estão relacionados com os domínios; alimentação, banho, mobilidade e controlo urinário. Pôde-se concluir que em relação à avaliação inicial, a utente A2, obteve um ganho de 55, fixando-se o score em 70, aquando da avaliação final.

A utente encontrava-se melhorada e com critérios para transferência para o serviço de medicina interna do Centro Hospitalar, com indicação médica para contato com o serviço de pneumologia para otimização de terapêutica de SAHOS, sendo transferida depois da realização da quarta sessão de reabilitação. Foram retirados os cateteres, central e vesical sem intercorrências e colocado um cateter venoso periférico, assim como retirada a linha arterial.

No momento da transferência para o serviço de medicina interna, a utente apresentava gasometria (GSA) equilibrada e encontrava-se a fazer VNI noturno e durante o dia oxigenoterapia através de óculos nasais a 4 l/min com boas saturações de oxigénio (93-97%). Apresentava um Glasgow de 15 na escala de coma, na escala de Morse foi avaliado score de 35, apresentando baixo risco de queda (DGS, 2019). À avaliação da escala de Braden, obteve um score de 18, apresentando

baixo risco de desenvolver úlceras de pressão (DGS, 2011 b) e dor 0 com recurso à escala numérica.

Estudo de Caso B1

Utente do sexo masculino, de raça caucasiana, de 64 anos de idade, previamente independente nas atividades de vida diária, reformado por invalidez, ex-trabalhador da construção civil, divorciado, com um filho que vive longe e sem condições para lhe prestar apoio, ex-mulher internada, sendo a cunhada que vive perto, que lhe fornece alimentação e roupa. Reside sozinho numa vivenda térrea com necessidade de utilizar escadas no acesso à sua residência. Como comorbilidades apresenta: Hipertensão arterial, obesidade, hipercolesterolemia, diabetes mellitus tipo 2 não insulino tratado e estenose aórtica com insuficiência mitral, encontrando-se a aguardar cirurgia. Desconhece alergias. Como medicação habitual de ambulatório destaca-se a terapêutica anti-hipertensiva, beta-bloqueadores, diuréticos, antidiabéticos orais e vasodilatadores.

Pela consulta do processo clínico e registos de enfermagem informatizados, recorreu ao SU do hospital de referência por quadro com início súbito de fala arrastada, diminuição da força no membro superior direito. Por ter tido baixa pontuação National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS), ausência de oclusão de grande vaso e tempo de instalação de 8 horas, foi desativada a linha verde de AVC. À admissão: vígil, disartria ligeira, pronação com queda inferior a 10 cm do membro superior direito, NIHSS 2, sem outros défices. Realizou TAC CE, ANGIO TAC CE e cervical, onde não se observaram lesões hemorrágicas cerebrais, sem sinais óbvios de enfartes agudos com hipodensidade constituída, sem evidentes oclusões das principais artérias cerebrais, não se observam malformações vasculares endocranianas acessíveis ao método utilizado, artérias cerebrais e carótidas sem estenoses com significado hemodinâmico a nível cervical. Na ausência de tradução imagiológica foi admitido diagnóstico de AVC isquémico (NIHSS2) e TACCE para realizar às 24 horas, *holter* de 24 horas, ecocardiograma, doppler dos vasos do pescoço, RMNCE e análises.

O utente encontrava-se consciente, calmo e orientado, pontuando 15 na escala de comas Glasgow (Teasdale, 2014) (O-4; V-5; M-6). Por apresentar agravamento dos défices a nível do membro superior direito, a força era de grau 3/5 e a nível do membro inferior direito, a força era de grau 4/5, realizou RMNCE, onde se observou área circunscrita na hemi-protuberância esquerda paramediana anterior com hipossinal em T1, hipersinal em T2 e marcada restrição de difusão relacionada com lesão isquémica aguda, hipoplasia marcada da artéria comunicante posterior

esquerda, sem outras alterações agudas. No ANGIO TAC CE de controlo não revelou evolução de lesões agudas intracranianas, manteve-se as características densitométricas dos diferentes parênquimas cerebrais, cerebelosos e do tronco cerebral em relação ao estudo prévio. Após estabilização do utente no SU e não se verificando outras intercorrências é transferido para enfermaria do serviço de medicina com diagnóstico de AVC isquémico.

Na admissão nesse serviço, realizou-se a avaliação diagnóstica. O utente encontrava-se consciente, calmo orientado na pessoa, espaço e tempo, com pontuação de 15 na escala de coma de Glasgow. Pupilas isocóricas e isorreativas, sem défices campimétricos ou nistagmo, com discreto desvio da comissura labial à esquerda, ligeira hipostesia e apagamento do sulco nasogeniano à direita. Apresenta reflexo do vômito, língua sem desvio, com sensibilidade e força bilateral. Avaliada escala de GUSS, utente sem disfagia. Apresenta discreta disartria, que o utente compensava ao comunicar mais lentamente. À avaliação da MRCMS, apresentava diminuição da força muscular no membro superior e inferior direito. A nível do membro superior direito, a força era de grau 4/5, com perda dos movimentos de preensão da mão direita, na articulação escapulo umeral direita não ultrapassa 90 graus de amplitude na flexão por dor, e a nível do membro inferior direito, a força era de grau 4/5. Nos restantes segmentos corporais a força era de grau 5/5 (Coelho, et al., 2017; Menoita, 2012). Sem alteração da sensibilidade, tanto a superficial como a profunda. Na realização do teste dedo-nariz e teste calcanhar-joelho apresentava coordenação. À avaliação do equilíbrio, o utente apresenta equilíbrio estático e dinâmico, tanto sentado como em posição ortostática. Avaliada marcha com auxiliar de marcha unilateral (tripé) e apoio unilateral do lado direito, apresentava alterações quanto à base de sustentação, desvio da linha marcada, simetria, comprimento e altura dos passos, interferindo com a coordenação do auxiliar de marcha. Na escala de Morse obteve-se um score de 50, apresentando baixo risco de quedas (DGS, 2019). À avaliação da escala de Braden, constatou-se um score de 21, apresentando baixo risco de desenvolver úlceras de pressão (DGS, 2011 b).

Relativamente às medidas antropométricas, o utente apresentava 91 kg para uma altura de 1,63 m, que correspondia a um IMC de 34,3 kg/m², sendo que de acordo com a OMS (2021), o seu peso é considerado obesidade tipo I. Previamente autónomo e independente nas atividades de vida diária, por apresentar abdómen volumoso, no domicílio apresentava-se bem-adaptado na utilização de ajudas técnicas para realizar os seus autocuidados. A integridade cutânea estava mantida, com pele e mucosas coradas e hidratadas. No que concerne ao foro respiratório, encontrava-se eupneico, com uma frequência respiratória (FR) de 16 cpm, com respiração mista de média amplitude e regular. Apresentava saturações periféricas de 98%. A nível hemodinâmico,

encontrava-se normotenso, com uma TA de 140/79 mm/Hg e normocárdico, com uma FC de 62 bpm.

Neste sentido, foram realizadas três avaliações dos instrumentos ENCS (Lopes & Fonseca, 2013) e IB (DGS, 2011b), uma inicial, no momento da avaliação diagnóstica, a segunda após intervenção de ER e a última no final do programa de ER, estes dados encontram-se apresentados nas Tabela 12 e Tabela 13.

ENCS	Avaliação Diagnóstica	Avaliação Intermédia	Avaliação Final
Score global de funcionalidade	45,83% (Problema moderado)	33,33% (Problema moderado)	27,92% (Problema moderado)
Autocuidados	60% (Problema grave)	40% (Problema moderado)	31,67% (Problema moderado)
Aprendizagem e funções de memória	30% (Problema moderado)	23,33% (Problema ligeiro)	20% (Problema ligeiro)
Comunicação	33,33% (Problema moderado)	20% (Problema ligeiro)	20% (Problema ligeiro)
Ambiente	60% (Problema grave)	50% (Problema grave)	40% (Problema moderado)

Tabela 12 - Avaliação do ENCS do estudo de caso B1.

Índice de Barthel	Avaliação Diagnóstica	Avaliação Intermédia	Avaliação Final
Alimentação	5	10	10
Transferências	10	10	15
Toalete	5	5	5
Utilização do WC	5	5	10
Banho	0	0	5
Mobilidade	10	10	15
Subir e descer escadas	0	5	10
Vestir	5	10	10
Controlo intestinal	10	10	10
Controlo urinário	5	10	10
Total	55	75	100

Tabela 13 - Avaliação do IB do estudo de caso B1.

Da análise dos dados da Tabela 12, pôde-se concluir que o utente B1 apresentava na avaliação diagnóstica um problema moderado a nível do score global de funcionalidade (45,83%). Após intervenção de ER, na avaliação intermédia, verificou-se uma diminuição do score global de funcionalidade de 12,5%, mantendo o score em problema moderado (33,33%). No entanto, este ganho está relacionado com uma melhoria significativa no domínio dos autocuidados. Na avaliação diagnóstica, o utente B1 apresentava um problema grave no domínio dos autocuidados (60%), após intervenção de ER, obteve-se uma redução de 20% neste domínio, traduzindo-se numa alteração de score de problema grave para moderado (40%). Nos domínios aprendizagem e funções de memória e comunicação, o utente passou de um problema moderado para problema ligeiro, fixando-se a avaliação final em 20% nos dois domínios. O ambiente também apresentou alteração do score de problema grave para problema moderado, com (40%) na avaliação final. Constatou-se que a variação positiva do score global da funcionalidade, deveu-se à diminuição significativa do score dos autocuidados (28,33%), fixando-se a avaliação final em (31,67%), problema moderado. Tendo o score global de funcionalidade apresentado uma diminuição de 17,91%, na avaliação final, relativamente à avaliação inicial, fixando-se em (27,92%).

Da análise dos dados da Tabela 13, pôde-se concluir que na avaliação diagnóstica o utente B1 apresentava a nível dos domínios, banho e subir e descer escadas score 0, na alimentação, toalete, utilização do WC, vestir e controlo urinário score 5 e nos domínios transferências, mobilidade e controlo intestinal apresentava score 10, traduzindo-se num score total de 55. Na avaliação após intervenção de ER, observou-se uma melhoria a nível dos domínios alimentação, subir e descer escadas, vestir e controlo urinário, verificando-se alteração de score total de 55 para 75. Na avaliação final evidenciou-se uma melhoria a nível do domínio transferências, utilização do WC, banho, mobilidade, subir e descer escadas, traduzindo-se numa alteração de score total de 75 para 100.

Seguidamente à aplicação dos instrumentos de avaliação, foram definidos objetivos de reabilitação em conjunto com o utente e iniciado programa de reabilitação funcional, intervindo sobretudo na capacitação do utente para os autocuidados e exercícios de mobilização articular com fortalecimento muscular. Foram realizadas sessões diárias de exercícios ativo-assistidos no hemicorpo direito e ativo-resistidos no hemicorpo esquerdo, com 10 repetições de cada movimento. Fornecido ao utente um jogo que consiste em treinar movimentos finos, como abotoar e desabotoar botões, abrir e fechar fechos e um jogo de legos para desenvolver a prensão e motricidade fina.

Realizados ensinamentos/treino sobre mímica facial em frente do espelho e massagem na face direita, por o utente apresentar ligeira disartria e ligeira paresia facial direita, que o utente compreendeu e treina com supervisão. Realiza mobilizações sentado ou deitado no leito com um elástico, dando ênfase às flexões e extensões da articulação tíbio-társica, sendo este exercício muito importante para a marcha que o utente apresentou dificuldade na avaliação diagnóstica.

Por o utente apresentar o IMC considerado obesidade tipo I, foram realizados ensinamentos ao próprio sobre alimentação saudável, que incluía alimentos ricos em fibras, proteína e com baixos níveis de açúcar, sendo sugeridos alguns alimentos com menos quantidade de açúcar.

Alem dos exercícios referidos anteriormente e realizados diariamente, a reabilitação incidiu sobre treino de atividades de vida diária, desde a estimulação para alimentar-se autonomamente, mobilizar-se, transferir-se, sentar-se, cuidados de higiene, eliminação, vestir-se e despedir-se e andar. Ao nível das AVD, foi necessário ensinar/instruir e treinar o utente a realizar o seu autocuidado com a melhor estratégia e/ou ajudas técnicas. É crucial o utente recuperar a independência perdida e capacitá-lo para o autocuidado, visto que o utente vive sozinho. Após a alta, o utente foi para casa da cunhada, temporariamente, que nesse momento era a utente de referência.

Na segunda sessão do programa de reabilitação, o utente B1 cumpriu o programa de reabilitação com tolerância e aceitou iniciar subir e descer escadas com uma canadiana num membro e seguro ao corrimão com o outro membro, tendo tolerado 1 lance de escadas a descer e outro a subir. Na sessão seguinte, passou para 3 lances de escadas com tolerância. No dia da avaliação final, tolerou subir e descer 4 lances de escadas, apenas com supervisão. Ao longo do programa de reabilitação, o utente, mostrou-se cada vez mais colaborante e participativo nas atividades.

Na avaliação final da MRCMS, o utente mantinha diminuição da força muscular no membro superior e inferior direito, com uma força de grau 4+/5 e conseguia realizar a flexão da articulação escapulo-umeral na totalidade da amplitude. Nos restantes segmentos corporais, apresentava uma força muscular de grau 5/5. Sem disartria, recuperou a simetria facial, e apresentava uma franca melhoria nos movimentos finos conseguindo abotoar os botões do próprio casaco. Ao nível dos autocuidados recuperou a independência prévia ao internamento, embora realizasse o seu autocuidado mais lentamente. Quanto à marcha, que foi a maior dificuldade na avaliação diagnóstica, apresentou melhoria significativa, sendo que começou o treino de marcha com tripé e no momento da alta, andava com uma canadiana com supervisão. Treinou várias vezes descer e subir escadas, tendo-se aumentado todos os dias o número de degraus, sem apresentar

cansaço. Esta atividade é essencial para o utente, uma vez que no acesso ao seu domicílio necessita de subir e descer escadas, sendo assim relevante na sua relação com o ambiente envolvente.

Estudo de Caso B2

Utente do sexo feminino, de raça caucasiana, com 78 anos de idade, previamente independente nas atividades de vida diária, reformada, sendo doméstica ao longo da sua vida. Tem 6 filhos que trabalham e vivem longe e sem condições para prestar apoio, mas muito presentes na visita e contacto telefónico. Residia sozinha numa vivenda térrea sem necessidade de utilizar escadas no acesso à sua residência. Como comorbilidades apresentava: Acidente vascular cerebral (AVC) isquémico em 2011 com sequelas de hemiparesia esquerda discreta, HTA, dislipidemia. Desconhecia alergias. Como medicação habitual de ambulatório destacava-se terapêutica anti-hipertensora, antiagregantes plaquetários beta-bloqueadores, diuréticos, bloqueadores da entrada de cálcio, antidislipidémicos e vasodilatadores.

Pela consulta do processo clínico e registos de enfermagem informatizados, recorreu ao serviço de urgência (SU) do hospital de referência por quadro de agravamento de hemiparesia à esquerda de início súbito, associado a hemihipostesia esquerda, dor torácica tipo aperto, tentativas de levantar com queda sob o hemicorpo esquerdo, sendo ativada a linha verde de AVC. Recorreu ao SU há uma semana por cistite, sendo medicada com antibiótico. À admissão encontrava-se vígil, com náuseas e tonturas. Realizou TAC CE, sem contraste, onde não se identificam sinais ou lesões endocranianas expansivas, ou hemorrágica intra ou extra axiais, nem alterações evidentes da densidade do parênquima, com ou sem apagamento de sulcos que sugerissem lesão isquémica aguda. Realizou ANGIO TAC CE, após a administração de contraste iodado, não se tendo evidenciado defeitos de preenchimento com o contraste que traduzam trombose endoluminal, nem irregularidades, ou estenoses valorizáveis nos principais troncos arteriais cervicais e encefálicos. Após 24 horas, realizou TAC CE de controlo, que não revelou evolução de lesões agudas intracranianas. Mantinham-se as características densitométricas dos diferentes parênquimas cerebrais, cerebelosos e do tronco cerebral em relação ao estudo prévio. Foi também pedido ecocardiograma, eletrocardiograma (ECG), *holter* de 24 horas, doppler dos vasos do pescoço e análises.

A utente encontrava-se consciente, com períodos de ansiedade, orientada e colaborante, pontuando 15 na escala de comas Glasgow (Teasdale, 2014) (O-4; V-5; M-6). Eupneica com ar ambiente com saturações de oxigénio de 98%, hipertensa (TA 179/92 mmHg), tendo sido

administrado captopril 25 mg via oral. Apresentava mucosas coradas e hidratadas, acianótica e anictérica, força muscular no membro superior esquerdo 2/5, membro inferior 4/5 e 5/5 no hemisfério direito. Prova de dedo nariz sem alterações à direita, não conseguindo realizar à esquerda a mesma prova. Reflexo cutâneo plantar negativo. A marcha não foi testada. No terceiro dia de internamento no SU, apresenta-se febril com temperatura timpânica de 38,4° C e com acessos de tosse persistente e irritativa, tendencialmente hipertensa, realizou-se a colheita para TRAg, sendo diagnosticado infeção a SARS-CoV2 positiva. Manteve-se eupneica a ar ambiente com boas saturações de oxigénio (de 95% a 97%), realizou RX tórax sem achados relevantes. Murmúrio vesicular mantido bilateralmente, prescritos broncodilatadores pela equipa médica. Após estabilização da utente no SU e não se verificando outras intercorrências é transferida para quarto de isolamento, do serviço de medicina com os diagnósticos de: AVC isquémico sem tradução imagiológica, Infeção por SARS-CoV2 (ligeira), HTA de difícil controlo, dislipidemia e obesidade.

No serviço de medicina, realizou-se avaliação diagnóstica, a utente encontrava-se consciente, calma e orientada na pessoa, espaço e tempo, com pontuação de 15 na escala de comas Glasgow que corresponde a um valor normal. Pupilas isocóricas e isorreativas, sem défices campimétricos ou nistagmo, com discreto desvio da comissura labial à direita, ligeira hipostesia e apagamento do sulco nasogeniano à esquerda. Apresenta reflexo de vômito, língua sem desvio, com sensibilidade e força bilateral. Efetuada a avaliação com a escala Gugging Swallowing Screen (GUSS), utente sem disfagia, deglute líquidos, no entanto apresenta a deglutição mais lentificada, pelo que foi incentivada a ingerir doses de líquidos ou bolo alimentar mais pequenos. Comunicação sem alterações. À avaliação da Escala Medical Research Council Muscle (MRCMS), apresentava diminuição da força muscular no membro superior e inferior esquerdo. A nível do membro superior esquerdo, a força era de grau 2/5, com perda dos movimentos de preensão da mão esquerda, a nível do membro inferior esquerdo, a força era de grau 4/5. Nos restantes segmentos corporais a força era de grau 5/5 (Coelho, et al., 2017; Menoita, 2012). Sem alteração da sensibilidade, tanto a nível superficial como a profunda. Na realização do teste dedo-nariz e teste calcanhar-joelho apresentava coordenação, não conseguindo realizar esse movimento com o membro superior esquerdo e com o membro inferior esquerdo tendo dificuldade em completar o movimento até ao joelho. À avaliação do equilíbrio, o utente apresentava equilíbrio estático e dinâmico sentada. Em posição ortostática, não apresentava equilíbrio estático, com tendência de queda pra trás e para a esquerda. Avaliada marcha com auxiliar de marcha unilateral (tripé) e apoio unilateral do lado esquerdo, andava com postura e passada coordenada, cerca de 5

metros, com tolerância. Na escala de Morse, avaliado score de 50, apresentando baixo risco de queda, (DGS, 2019). À avaliação da escala de Braden, obteve um score de 21, apresentando baixo risco de desenvolver úlceras de pressão (DGS, 2011 b).

Relativamente às medidas antropométricas, a utente apresentava 85 kg para uma altura de 1,58 m, o que correspondia a um IMC de 34,04 kg/m², sendo que de acordo com a OMS (2021), o seu peso é considerado obesidade tipo I. Apresentava ligeiras sequelas de hemiparesia à esquerda, resultante de AVC isquémico em 2011, no entanto, encontra-se independente nas atividades de vida diária, com recurso a estratégias adaptativas. A integridade cutânea estava mantida, com pele e mucosas coradas e hidratadas. Do ponto de vista respiratório, eupneica, com uma FR de 18 cpm, com respiração mista de média amplitude e regular. Apresentava saturações periféricas de 98% a ar ambiente. Manteve episódios de tosse persistente e irritativa, com saída de secreções esbranquiçadas e fluidas em quantidade moderada, sendo medicada para o efeito. Neste contexto, foram realizados ensinamentos sobre reabilitação funcional respiratória; técnicas de descanso e relaxamento; técnicas para otimização da ventilação. Durante este período, apresentou tosse e limpeza das vias aéreas eficaz, não sendo necessário intervenções de enfermagem de reabilitação. A nível hemodinâmico, tendencialmente hipertensa e oscilou com episódios de hipotensão, com necessidade de reduzir a medicação anti-hipertensiva e normocardica.

Neste sentido, foram realizadas três avaliações com os instrumentos ENCS (Lopes & Fonseca, 2013) e IB (DGS, 2011 b), uma inicial, no momento da avaliação diagnóstica, a segunda após intervenção de ER e a última no final do programa de ER, estes dados encontram-se apresentados nas Tabela 14 e Tabela 15.

ENCS	Avaliação Diagnóstica	Avaliação Intermédia	Avaliação Final
Score global de funcionalidade	49,58% (Problema moderado)	42,92% (Problema moderado)	32,5% (Problema moderado)
Autocuidados	65% (Problema grave)	55% (Problema grave)	35% (Problema moderado)
Aprendizagem e funções de memória	33,33% (Problema moderado)	23,33% (Problema ligeiro)	20% (Problema ligeiro)
Comunicação	40% (Problema moderado)	33,33% (Problema moderado)	20% (Problema ligeiro)
Ambiente	60% (Problema grave)	60% (Problema grave)	55% (Problema grave)

Tabela 14 - Avaliação do ENCS do estudo de caso B2.

Índice de Barthel	Avaliação Diagnóstica	Avaliação Intermédia	Avaliação Final
Alimentação	5	5	10
Transferências	5	10	15
Toalete	0	5	5
Utilização do WC	5	5	10
Banho	0	5	5
Mobilidade	5	10	10
Subir e descer escadas	0	0	5
Vestir	5	5	10
Controlo intestinal	5	10	10
Controlo urinário	5	10	10
Total	35	65	90

Tabela 15 - Avaliação do IB do estudo de caso B2.

Da análise dos dados da Tabela 14, pode-se concluir que o utente B2 apresentava na avaliação diagnóstica um problema moderado a nível do score global de funcionalidade de 49,58%. Após intervenção de ER, verificou-se ganhos a nível do score global de funcionalidade de 17,08%, passando o score para 32,50%. No entanto, este ganho está relacionado com uma melhoria significativa no domínio dos autocuidados. Aquando da avaliação diagnóstica, o utente B2 apresentava um problema grave no domínio dos autocuidados (65%), após intervenção de ER, obteve-se uma redução de 30% neste domínio, traduzindo-se numa alteração de score de problema grave para moderado (35 %). Nos domínios aprendizagem e funções de memória e comunicação verificou-se alteração do score, passando de problema moderado para problema ligeiro, desde a avaliação diagnóstica até à avaliação final, fixando-se no valor de 20% nos dois domínios. O ambiente manteve o score de problema grave, desde a avaliação diagnóstica até à avaliação final, embora com uma descida de 5%, fixando-se em 55%. Pode-se concluir que a variação positiva do score global da funcionalidade, deveu-se à diminuição significativa do score dos autocuidados (30%), fixando-se a avaliação final em 35% problema moderado.

Da análise dos dados da Tabela 15, constatou-se que na avaliação diagnóstica a utente B2 apresentava a nível dos domínios, banho, toalete e subir e descer escadas score 0. Nos domínios da alimentação, transferências, utilização do WC, mobilidade, vestir e controlo urinário e intestinal, score com valor 5, traduzindo-se num score total de 35. Na avaliação após intervenção

de ER, observou-se uma melhoria a nível dos domínios da transferência, toalete, banho, mobilidade e controlo urinário e intestinal, verificando-se alteração de score total de 35 para 65. Na avaliação final, evidenciou-se uma melhoria a nível do domínio, alimentação, transferências, utilização do WC, subir e descer escadas, vestir, traduzindo-se numa alteração de score total de 65 para 90.

Seguidamente à aplicação dos instrumentos de avaliação, foram definidos objetivos de reabilitação em conjunto com a utente e iniciado programa de reabilitação funcional, intervindo sobretudo na capacitação da utente para os autocuidados e exercícios de mobilização articular com fortalecimento muscular. Foram realizadas sessões diárias de exercícios ativo-assistidos no hemicorpo esquerdo e ativo-resistidos no hemicorpo direito, com 10 repetições de cada movimento. Fornecido à utente jogos que consistiam em treinar movimentos finos, como abotoar e desabotoar botões, abrir e fechar fechos e um jogo de legos para desenvolver a preensão.

Após mobilização de todas as articulações, realizou sessões com 10 repetições de cada exercício: A ponte, dissociação da cintura pélvica; equilíbrio dinâmico sentada-carga no cotovelo/facilitação cruzada; fortalecimento muscular dos membros inferiores; alternância de carga nos membros inferiores (com as mãos na grade da cama, executou flexão e extensão da perna, coxa e tíbio/társica, adução e abdução dos membros inferiores com ênfase na carga sobre o membro afetado); andar em linha, equilíbrio dinâmico com mudança de rotação; equilíbrio dinâmico em pé contorno de obstáculos.

Realizados ensinamentos/treino sobre mímica facial em frente ao espelho e massagem na face esquerda, por a utente apresentar ligeira paresia facial esquerda, que a utente compreendeu e treinou com supervisão. Na avaliação final, a utente apresentava-se melhorada, ao nível da hipostesia da face esquerda, não se observava desvio da comissura labial ou apagamento do sulco nasogeniano, tendo recuperado a simetria facial.

Por a utente apresentar AVC de repetição e antecedentes pessoais de dislipidemia, assim como o IMC considerado obesidade tipo I, foram realizados ensinamentos sobre alimentação saudável, que incluía alimentos ricos em fibras e com baixos níveis de açúcar, sendo sugeridos alguns alimentos com menos quantidade de açúcar. A utente também foi alertada para o risco de desenvolver diabetes mellitus tipo 2.

Na reabilitação funcional, para além dos exercícios referidos anteriormente, e realizados diariamente incidiu-se muito no treino de atividades de vida diária, desde a estimulação para alimentar-se autonomamente, mobilizar-se, transferir-se, sentar-se, cuidados de higiene, eliminação, vestir-se e despedir-se e andar. Ao nível das AVD, foi necessário ensinar/instruir e

treinar a utente a realizar o seu autocuidado com a melhor estratégia adaptativa. A utente vive sozinha e deseja regressar ao seu domicílio, pelo que recuperar a independência perdida e capacitá-la para o autocuidado, reverte-se de especial importância.

Na avaliação final da MRCMS, a utente mantinha diminuição da força muscular no membro superior esquerdo, com uma força de grau 4/5, não conseguia realizar a totalidade da amplitude articular (cerca de 120 graus), na flexão da articulação escapulo umeral, visto que apresentava défice nesta articulação de AVC anterior. No membro inferior esquerdo 4/5 e restantes segmentos corporais, apresentava uma força muscular de grau 5/5. Verificou-se uma franca melhoria nos movimentos finos e conseguia abotoar os botões do próprio casaco. De um modo geral, quanto aos autocuidados, recuperou a independência prévia ao internamento, embora realizasse o seu autocuidado mais lentamente e necessitasse de estratégias adaptativas.

No final do internamento, apresentava equilíbrio ortostático estático, mas não conseguia recuperar o equilíbrio ortostático dinâmico, mantendo a queda para trás e ligeiramente para a esquerda, embora tenha realizado vários exercícios para superar este défice. Quanto à marcha, apresentou progressos, iniciou marcha com auxiliar de marcha (tripé) e ajuda parcial unilateral, devido aos défices no membro superior esquerdo. No final do internamento, por apresentar melhoria significativa da força no membro superior esquerdo, conseguia andar com andarilho apenas com supervisão, por risco de queda, devido a manter desequilíbrio, e com tolerância.

Ao longo do programa de reabilitação, a utente mostrou-se sempre colaborante e participativa nas atividades sugeridas, mas no momento da alta ainda não apresentava condições para viver sozinha, devido ao défice existente no equilíbrio, pelo que foi referenciada para a rede de cuidados continuados de curta duração, para continuação da reabilitação funcional motora.

Estudo de Caso B3

Utente do sexo feminino com 73 anos, de raça caucasiana, previamente independente nas atividades de vida diária (AVD), que residia com o marido, também independente nas AVD e com uma filha que trabalhava durante o dia. Vivía em casa térrea, tendo necessidade de subir quatro degraus. Como comorbilidades apresentava: hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, prótese total da anca à direita e cirurgia às cataratas em 2021 (olho direito) e 2022 (olho esquerdo). Referia desconhecer alergias. Como medicação habitual de ambulatório destacava-se a terapêutica anti-hipertensora, diuréticos, antilipídicos e benzodiazepinas

Pela consulta do processo clínico e registos de enfermagem informatizados, recorreu ao serviço de urgência (SU), por cefaleia súbita e intensa à direita e parestesia da hemiface esquerda. Realizou TAC CE e ANGIO TAC CE que revelou: Hipo opacificação dos segmentos V3 distal e V4 proximal da artéria vertebral à direita, tendo sido admitida devido a oclusão por trombo. Deste modo, foi contactada a equipa de Neurologia do HSM, tendo a mesma informado que a utente não apresentava critérios para trombectomia, sendo administrados 300 mg de ácido acetilsalicílico (AAS). Ficou internada com o diagnóstico de AVC isquémico da artéria vertebral direita.

Quanto ao exame neurológico no SU, a utente encontrava-se consciente, calma e orientada, pontuando 15 na escala de comas Glasgow (Teasdale, 2014) (O-4; V-5; M-6). Apresentava pupilas isocóricas e isorreativas, sem alterações dos campos visuais ou da oculo motricidade e sem nistagmo. Na prova dedo-nariz não apresentava dismetrias. Comunicação sem alterações. Apresentava desvio da comissura labial para a direita, apagamento do sulco nasogeniano à esquerda com ligeira hipostesia da face esquerda. Sem alterações dos outros pares cranianos. No hemicorpo esquerdo verificou-se diminuição da força, não sendo a marcha testada.

O *holter* de 24 horas, revelou arritmia sinusal de base, sem outros achados de relevo, sem FA ou Flutter auricular. Realizou RMN-CE, onde se observaram pequenas lesões vasculares isquémicas agudas na medula oblongada e no hemisfério cerebeloso à direita. Ausência de fluxo na artéria vertebral direita, existindo extenso trombo com hipersinal T1 em aparente localização endoluminal, não existindo evidentes sinais que sugiram dissecção.

Na admissão no serviço de medicina, realizou-se a avaliação diagnóstica, sendo que a utente se encontrava consciente, calma orientada na pessoa, espaço e tempo, com pontuação de 15 na escala de comas de Glasgow. Pupilas isocóricas e isorreativas, campos visuais sem dismetria ou nistagmo, discreto desvio da comissura labial à direita, ligeira hipoestesia na face esquerda, com discreto apagamento do sulco nasogeniano à esquerda. Apresentava reflexo de vômito, língua sem desvio, com força e sensibilidade mantida bilateralmente. Constatou-se com a aplicação da escala de GUSS, que a utente se encontrava sem disfagia, sendo alimentada de uma dieta ligeira sem sal com tolerância. Comunicação sem alterações e sem disartria. À avaliação com a escala MRCMS, apresentava força 5/5 no hemicorpo direito, sendo 3/5 no membro superior esquerdo e 4/5 no inferior esquerdo (Coelho, et al., 2017; Menoita, 2012). Sem alteração da sensibilidade superficial e profunda. Verificou-se coordenação na prova, dedo-nariz bilateral e no teste calcanhar-joelho bilateral. Na avaliação do equilíbrio, a utente apresentava equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentada. Em posição ortostática, constatou-se equilíbrio estático e desequilíbrio dinâmico com queda para a esquerda e para trás. Na transferência para o cadeirão

necessitava de ajuda parcial e mantinha postura correta com tolerância. Realizou treino de marcha com andarilho e ajuda parcial, com passos curtos e lentos, bem como com base de suporte alargada. Na escala de Morse, avaliado score de 50, que corresponde a baixo risco de quedas (DGS, 2019). À avaliação da escala de Braden, obteve um score de 21, apresentando baixo risco de desenvolver úlceras de pressão (DGS, 2011 b).

Relativamente às medidas antropométricas, a utente apresentava 98 kg para uma altura de 1,58 m, que correspondia a um IMC de 39,25 kg/m², tendo em consideração a OMS (2021), o seu peso é considerado obesidade tipo II. Previamente autónoma e independente nas atividades de vida diária, no entanto ao nível do banho, por apresentar abdómen volumoso, o marido ajudava a lavar as costas e os pés. No internamento, a utente foi informada sobre as ajudas técnicas para realizar os seus autocuidados, de fácil acesso no mercado. A integridade cutânea estava mantida, com pele e mucosas coradas e hidratadas. Do ponto de vista respiratório, encontrava-se eupneica, com uma FR de 18 cpm, com respiração mista de média amplitude e regular. Apresentava saturações periféricas entre 95% e 98%. A nível hemodinâmico, normotensa, com uma TA de 112/65 mm/Hg e tendencialmente com bradicardia, assintomática com uma FC de 55 bpm.

Neste sentido, foram realizadas três avaliações dos instrumentos ENCS (Lopes & Fonseca, 2013) e IB (DGS, 2011 b), uma inicial aquando a avaliação diagnóstica, a segunda após intervenção de ER e a última no final do programa de ER, estes dados estão apresentados nas Tabela 16 e Tabela 17.

ENCS	Avaliação Diagnóstica	Avaliação Intermédia	Avaliação Final
Score global de funcionalidade	41,67% (Problema moderado)	34,17% (Problema moderado)	27,92% (Problema moderado)
Autocuidados	70% (Problema grave)	56,67% (Problema grave)	36,67% (Problema moderado)
Aprendizagem e funções de memória	30% (Problema moderado)	20% (Problema ligeiro)	20% (Problema ligeiro)
Comunicação	26,67% (Problema moderado)	20% (Problema ligeiro)	20% (Problema ligeiro)
Ambiente	40% (Problema moderado)	40% (Problema moderado)	35% (Problema moderado)

Tabela 16 - Avaliação do ENCS do estudo de caso B3.

Índice de Barthel	Avaliação Diagnóstica	Avaliação Intermédia	Avaliação Final
Alimentação	5	5	10
Transferências	5	10	15
Toalete	5	5	5
Utilização do WC	0	5	5
Banho	0	0	5
Mobilidade	5	10	15
Subir e descer escadas	0	5	5
Vestir	5	5	10
Controlo intestinal	10	10	10
Controlo urinário	5	10	10
Total	40	60	75

Tabela 17 - Avaliação do IB do estudo de caso B3.

Da análise dos dados da Tabela 16, pôde-se concluir que a utente B3 apresentava na avaliação diagnóstica um problema moderado a nível do score global de funcionalidade (41,67%). Após intervenção de ER, verificaram-se ganhos a nível do score global de funcionalidade de 13,75%, fixando-se em 27,92 %. No entanto, este ganho está relacionado com uma melhoria significativa no domínio dos autocuidados. Na avaliação diagnóstica, a utente B3 apresentava um problema grave no domínio dos autocuidados (70%), após intervenção de ER, obteve-se uma redução de 33,33% neste domínio, traduzindo-se numa alteração de score de problema grave para moderado (36,67%). Na avaliação diagnóstica, no domínio aprendizagem e funções de memória, B3 apresentava um score 30%, passando para 20% após a intervenção do ER. Ao nível da comunicação, o score passou de problema moderado (26,67), para problema ligeiro (20%), desde a avaliação diagnóstica até à avaliação final. O ambiente manteve o score de problema moderado, desde a avaliação diagnóstica até à avaliação final, embora com uma ligeira descida de 5%, fixando-se em 35%. A variação positiva do score global da funcionalidade, deveu-se à diminuição significativa do score dos autocuidados (33,33%), fixando-se a avaliação final em 36,67%, o que corresponde a um problema moderado.

Da análise dos dados da Tabela 17, verifica-se que na avaliação diagnóstica a utente B3 apresentava a nível dos domínios, banho, utilização do WC e subir e descer escadas score 0, na alimentação, toalete, mobilidade, transferências, vestir e controlo urinário score 5 e nos domínios transferências, mobilidade e controlo intestinal apresentava score 10, traduzindo-se num score

total de 40. Na avaliação após intervenção de ER, observou-se uma melhoria a nível dos domínios utilização do WC, transferências, mobilidade e controlo urinário, verificando-se alteração de score total de 40 para 60. Na avaliação final, evidenciou-se uma melhoria a nível do domínio transferências, alimentação, banho, mobilidade e vestir-se, traduzindo-se numa alteração de score total de 60 para 75.

Posteriormente à aplicação dos instrumentos de avaliação, foram definidos objetivos de reabilitação em conjunto com a utente e iniciado programa de reabilitação funcional, intervindo sobretudo na capacitação da utente para os autocuidados e exercícios de mobilização articular com fortalecimento muscular. Foram realizadas sessões diárias de exercícios ativo-assistidos no membro superior esquerdo e ativo resistidos no hemicorpo direito e membro inferior esquerdo, cada sessão com 10 repetições por movimento.

Por a utente apresentar ligeira paresia facial esquerda, foram realizados ensinamentos e treino sobre mímica facial em frente ao espelho e massagem facial, sendo que a utente treinou com supervisão. No momento da alta, a utente apresentava simetria facial, tendo apenas uma discreta hipostesia e sem outras alterações visíveis.

Realizados ensinamentos sobre alimentação saudável, à utente e à filha desta, que incluía informação sobre alimentos ricos em fibras, com baixos níveis de açúcar, sendo sugeridos alguns alimentos com menos quantidade de açúcar, por a utente apresentar o IMC considerado obesidade tipo II.

A reabilitação incidiu essencialmente no treino de atividades de vida diária, além dos exercícios referidos anteriormente. Ao nível das AVD, foi necessário ensinar/instruir e treinar na realização dos autocuidados, muitas vezes com recurso a dispositivos de apoio como estratégia adaptativa. Sendo determinante para a utente recuperar a independência e capacitá-la para alimentar-se, mobilizar-se, transferir-se, sentar-se, realizar cuidados de higiene, eliminação, vestir-se e despedir-se e andar, de modo a recuperar a independência perdida, assim como aumentar a qualidade de vida.

Na avaliação final da força muscular e articular, através da escala MRCMS, a utente mantinha diminuição da força muscular nos membros superior e inferior esquerdo, com uma força de grau 4+/5 no membro inferior, 4/5 no membro superior e mantendo 5/5 no hemicorpo direito. Recuperou a simetria facial, sendo determinante o programa de reabilitação instituído. Ao nível dos autocuidados recuperou a independência prévia ao internamento, com recurso a dispositivos de apoio, embora realizasse o seu autocuidado mais lentamente, conforme referido anteriormente. Devido ao equilíbrio ortostático dinâmico, não reverteu na totalidade, em relação à condição prévia

ao internamento, embora com franca melhoria, a marcha foi a maior dificuldade com que a utente se deparou ao longo do internamento. Realizou treino de marcha com andarilho com melhoria significativa (avaliado com escala Tinetti no plano de cuidados), com aumento da distância percorrida, qualidade da marcha e tolerância.

No momento da alta, manteve-se a andar com andarilho, por ser o auxiliar de marcha que oferecia maior segurança à utente para andar sem necessidade de assistência, visto que vai ficar alguns momentos sozinha em casa e pode ter necessidade de se deslocar sem supervisão, prevenindo assim a ocorrência de quedas. Também foram realizados ensinamentos e treino de descer e subir escadas, com uma canadiana e com apoio no corrimão (no máximo 10 degraus), tendo a utente compreendido a técnica, executado e tolerado, embora não tenha necessidade de subir e descer escadas nas suas AVD's, visto que reside em casa térrea. Ao longo do programa de reabilitação, a utente, manteve-se colaborante e participativa nas atividades, em grande parte, por verificar os ganhos adquiridos ao longo das sessões.

Após a alta, a utente regressa ao domicílio com apoio da RNCCI e apoio domiciliário, sendo também referenciada para Consulta de Fisiatria nesta unidade Hospitalar. No momento da alta, foram realizados ensinamentos à filha relativamente à continuidade dos cuidados, capacidades adquiridas e apoios no pós alta.

Estudo de Caso C1

Utente do sexo masculino, de 71 anos de idade, raça caucasiana e com estado civil de casado. Ele residia com a esposa, independente nas atividades de vida diária (AVD), numa casa térrea com três degraus, em zona não urbana. No que concerne aos cuidadores, tem dois filhos adultos que vivem na mesma localidade e prestam o apoio necessário. Previamente autónomo nas AVD, sendo carpinteiro reformado. Como comorbilidades apresentava: HTA e dislipidemia. Tem antecedentes cirúrgicos de hernioplastia à esquerda e cirurgia à perna direita por fratura aos 14 anos, tendo ligeiro encurtamento do membro inferior direito. Refere ser alérgico à picada de abelhas. Como medicação habitual de ambulatório destacavam-se os anti-hipertensores e antidislipidémicos.

O utente C1 era seguido em consulta externa de ortopedia por coxartrose da anca esquerda, com queixas álgicas acentuadas, marcha claudicante e alteração da mobilidade, nomeadamente a atar os sapatos, pelo que foi internado no serviço de ortopedia para realizar cirurgia eletiva de

artroplastia total da anca à esquerda não cimentada. A cirurgia decorreu no dia seguinte ao internamento, sob anestesia regional/bloqueio subaracnoídeo, sem intercorrências.

Aquando avaliação diagnóstica no serviço de ortopedia, no primeiro dia pós-operatório, o utente apresentava-se calmo, consciente e orientado, pontuando 15 na escala de coma de Glasgow (Teasdale, 2014) (O-4; V-5; M-6). Relativamente às medidas antropométricas, o utente apresentava 82 kg para uma altura de 1,75 m, o que correspondia a um índice de massa corporal (IMC) de 26,7 kg/m², de acordo com a OMS (2021), o seu peso era considerado excesso de peso. Pele e mucosas coradas e hidratadas. Apresentava ferida cirúrgica com agrafos na anca à esquerda e um dreno aspirativo com saída de conteúdo hemático. O penso encontrava-se limpo e seco externamente. Do ponto de vista respiratório, o utente encontrava-se eupneico, com uma frequência respiratória (FR) de 17 cpm, com respiração mista, simétrica e de média amplitude. Apresentava saturações periféricas de 97% em ar ambiente. A nível hemodinâmico, normotenso, com uma tensão arterial (TA) de 112/67 mm/HG e normocárdico, com uma frequência cardíaca (FC) de 85 bpm.

À avaliação da MRCMS, apresentava força muscular mantida em todos os segmentos corporais (força de grau 5/5), exceto no membro inferior esquerdo, com força de grau 3/5, com amplitude máxima de 90 graus (flexão da articulação coxo femural) e dor à mobilização a partir dos 45 graus. Referiu dor de grau 0 com a Escala Numérica (EN) de Dor no membro intervencionado em repouso, passando a dor de grau 3-4 à mobilização, que aumenta com a amplitude de movimento. Sem alteração da sensibilidade superficial e profunda. Na realização do teste dedo-nariz, apresentava coordenação de movimentos. No primeiro dia pós-operatório, realizou o 1º levante para cadeirão com meias elásticas, efetuada avaliação do equilíbrio: o utente tolerou a posição de sentado e de pé, mantendo equilíbrio estático e dinâmico com controle postural. À avaliação foi aplicada a Escala de Morse com score 35, apresentando baixo risco de queda (DGS, 2019).

Os internamentos para cirurgias eletivas são de curta duração, pelo que foram realizadas apenas duas avaliações através dos instrumentos ENCS (Lopes & Fonseca, 2013) e IB (DGS, 2011b). A primeira avaliação foi realizada durante a avaliação diagnóstica e a final no dia da alta, após intervenção de ER. Os resultados destas avaliações encontram-se descritos nas Tabela 18 e Tabela 19.

ENCS	Avaliação Diagnóstica	Avaliação Final
Score global de funcionalidade	31,67% (Problema Moderado)	24,58% (Problema Ligeiro)
Autocuidados	53,33% (Problema Grave)	33,33% (Problema Moderado)
Aprendizagem e funções de memória	23,33% (Problema Ligeiro)	20% (Problema Ligeiro)
Comunicação	20% (Problema Ligeiro)	20% (Problema Ligeiro)
Ambiente	30% (Problema Moderado)	25% (Problema Moderado)

Tabela 18 - Avaliação do ENCS do estudo de caso C1.

Índice de Barthel	Avaliação Diagnóstica	Avaliação Final
Alimentação	10	10
Transferências	5	10
Toaleta	5	5
Utilização do WC	5	10
Banho	0	5
Mobilidade	10	15
Subir e descer escadas	0	10
Vestir	5	10
Controlo intestinal	10	10
Controlo urinário	10	10
Total	60	85

Tabela 19 - Avaliação do IB do estudo de caso C1.

Da análise dos dados da Tabela 18, pôde-se verificar que o utente C1 apresentava na avaliação diagnóstica um problema moderado a nível do score global de funcionalidade (31,67%). Após intervenção de ER, verificou-se um ganho ao nível do score global de funcionalidade de 7,09%, passando a problema ligeiro (24,58 %). Estes ganhos estão relacionados com uma melhoria significativa ao nível do domínio dos autocuidados. C1 apresentava um problema grave (53,33%), passando para problema moderado (33,33%), o que representa uma descida de 20%. Ao nível dos domínios aprendizagem e funções de memória e comunicação, C1 manteve o score em problema ligeiro, fixando-se em 20 % nos dois domínios, com ganhos de 3,33 %, apenas para o domínio

aprendizagem e funções de memória. Ao nível do ambiente, manteve o score de problema moderado, com uma descida percentual de 5%, fixando-se em 25%.

Da análise dos dados da Tabela 19, verificou-se que ao nível dos domínios transferências, toailete, utilização do WC e vestir, o utente apresentava score 5 na avaliação diagnóstica. No entanto, nos domínios alimentação, mobilidade, controlo intestinal e controlo urinário, o valor do score era de 10. Após intervenção de ER, evidenciou-se uma melhoria nos domínios das transferências, utilização do WC, banho, mobilidade, subir e descer escadas e vestir, refletindo-se num aumento do score total de 60 para 85. Nos domínios da alimentação, uso do toailete, controlo intestinal e controlo urinário não se verificou nenhuma melhoria, pois o utente C1 pontuou o valor máximo nas duas avaliações.

Depois da avaliação diagnóstica, foram definidos objetivos de reabilitação e iniciado o programa de reabilitação funcional motora, com a participação do utente. Este programa incidiu na capacitação do utente para os autocuidados e exercícios de mobilização articular com fortalecimento muscular. Foram realizados ensinamentos sobre os cuidados a ter com a prótese da anca em todas as atividades de vida diária e disponibilizado um folheto com as informações/recomendações sobre os mesmos.

Os internamentos para cirurgia eletiva no serviço de ortopedia, quando não apresentam intercorrências são muito curtos, pelo que o utente realizou apenas 3 dias de reabilitação funcional motora. O dreno foi removido 24 horas após a cirurgia, por não se encontrar funcionante, após indicação médica. Realizado 1º levante às 24 horas de pós-operatório (com meias elásticas nas primeiras 48 horas) e treino de marcha com recurso a auxiliar de marcha (andarelo), mantendo postura e marcha adequada (OE, 2013). Referiu dor de grau 2 na EN de dor aquando do levante, passando a grau 0 em repouso, visto que tinha sido administrada analgesia de horário às 9 horas. Foram efetuados ensinamentos sobre o autocuidado higiene e uso do sanitário, tendo realizado os cuidados de higiene no chuveiro com o auxílio de uma cadeira sanitária, que também é usada como alteadora de sanita, por os utentes submetidos a prótese total da anca não poderem sentar-se em sanitas baixas, sendo permitido a flexão da articulação coxo femoral no máximo a amplitude de 90 graus. No segundo dia pós-operatório, o utente passou a andar com 2 canadianas, com marcha eficaz o que permitiu treinar o subir e descer escadas, tendo o mesmo ficado competente. Este treino demonstrou-se importante para que o utente consiga entrar e sair do seu domicílio, que tem 3 degraus na entrada, bem como promover a sua vida social.

O utente teve alta clínica, no quarto dia de internamento, sendo realizada a avaliação final. O utente encontrava-se calmo, consciente e orientado, pontuando 15 na escala de coma de Glasgow

(Teasdale, 2014) (O-4; V-5; M-6). Pele e mucosas coradas e hidratadas. Membro intervencionado sem sinais de compromisso neurocirculatório. Apresentava o penso da ferida cirúrgica externamente limpo e seco, com indicação para fazer tratamento à ferida 2 vezes por semana e em SOS no centro de saúde, retirar agrafos no 14º dia de pós-operatório. Podia mobilizar as articulações e fazer carga no membro operado e fazer treino de marcha com auxiliar de marcha. Tinha indicação para realizar crioterapia por períodos de 15-20 minutos e ficou com consulta de ortopedia marcada. Do ponto de vista respiratório, o utente encontrava-se eupneico, com uma FR de 16 cpm, com respiração mista, simétrica e de média amplitude. Apresentava saturações periféricas de 98% em ar ambiente. A nível hemodinâmico, normotenso, com uma TA de 128/76 mm/Hg e normocárdico, com uma FC de 76 bpm.

Na reavaliação da MRCMS, mantinha a força muscular em todos os segmentos corporais (força de grau 5/5), exceto no membro inferior esquerdo, com força de grau 4/5. Realizava marcha a 3 pontos com canadianas, com supervisão, mantendo o equilíbrio e postura adequada (OE, 2013). Demonstrou capacidade para usar técnica de adaptação no autocuidado higiene e uso do sanitário, com auxílio de cadeira sanitária no duche e sanita, assim como barras laterais fixas à parede. Apresentava dor de grau 0 na EN de Dor.

Realizados ensinamentos sobre o risco de queda e entregue folheto sobre os mesmos, que o utente compreendeu e ficou competente, de modo a prevenir quedas no domicílio. Foram reforçados aspetos, tais como manter o espaço livre de obstáculos, usar calçado fechado e antiderrapante e verificar a integridade das borrachas de apoio das canadianas (OE, 2013).

Estudo de Caso C2

Utente do sexo feminino com 73 anos de idade, raça caucasiana e viúva. A mesma tem uma filha que presta o apoio necessário, sendo enfermeira numa unidade hospitalar de outra cidade. Reside sozinha numa vivenda com dois degraus no acesso ao domicílio, em zona urbana. Previamente, era autónoma nas AVD, ex-cozinheira, estando reformada. Como comorbilidades apresentava: obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, depressão, gonartrose à direita, doença crónica pulmonar obstrutiva (DPOC) e apneia do sono sobre CPAP, durante a noite sem aporte de oxigénio. Referia desconhecer alergias. Como medicação habitual no domicílio destacava-se a terapêutica anti-hipertensora, os antidepressivos e antidiabéticos.

A utente era seguida em consulta externa de ortopedia por gonartrose tricompartmental à direita desde 2022, sendo aconselhada a perder 5 Kg para poder ser operada, pelo que foi internada

no serviço de ortopedia para realizar cirurgia eletiva de artroplastia total do joelho direito. A cirurgia ocorreu na manhã do dia seguinte ao internamento, sem intercorrências, tendo sido realizada artroplastia total do joelho, sob raquianestesia com bloqueio femoral. No final do dia, regressou do recobro para o serviço de internamento de ortopedia, tendo revertido o bloqueio motor e sensitivo. Apresentava penso operatório limpo e seco externamente, dreno na face anterior da perna com vestígios de líquido hemático, soro e Drug Infusion Ballon (DIB) com analgesia em perfusão por acesso venoso periférico a perfundir sem reação aparente. Apresentava pedido médico de análises e RX do joelho direito para o turno da manhã do dia seguinte. Realizado primeiro levante para cadeirão e treino de marcha com andarilho, após 24 horas.

À avaliação diagnóstica no serviço de ortopedia, no primeiro dia pós-operatório, a utente apresentava-se calma, consciente e orientada, pontuando 15 na escala de coma de Glasgow (Teasdale, 2014) (O-4; V-5; M-6). Relativamente às medidas antropométricas, a utente apresentava 81 kg para uma altura de 1,63 m, que correspondia a um IMC de 30,45 kg/m², o que de acordo com a OMS (2021), é considerado obesidade de grau I, tendo no ano anterior à cirurgia perdido 5 Kg. A integridade cutânea encontrava-se mantida, com pele e mucosas coradas e hidratadas. Apresentava ferida cirúrgica no joelho à direita. Penso limpo e seco externamente. No que concerne ao foro respiratório, a utente encontrava-se eupneica, com uma FR de 17 cpm, com respiração mista, simétrica e de média amplitude. Apresentava saturações periféricas de 94% em ar ambiente, sendo um valor normal para uma utente com DPOC. A nível hemodinâmico, normotensa, com TA de 130/68mm/Hg e normocárdica com uma FC de 67 bpm e temperatura timpânica de 36,8° C.

À avaliação da MRCMS, demonstrou força muscular mantida em todos os segmentos corporais (força de grau 5/5), exceto no membro inferior direito, força de grau 3/5, numa amplitude articular máxima de 45 ° graus. Sem alteração da sensibilidade, tanto a superficial como a profunda e coordenação de movimentos mantida, aquando da realização do teste dedo-nariz e teste calcanhar-joelho, não conseguiu realizar com o membro operado. No primeiro dia pós-operatório, às 24 h, realizou com ajuda parcial o 1º levante para cadeirão e efetuou-se a avaliação do equilíbrio: a utente assumia a posição de sentada e de pé, mantendo adequado equilíbrio estático e dinâmico, com controle postural mantido. À avaliação da Escala de Morse tinha score 35, apresentando baixo risco de queda (DGS, 2019).

Neste sentido, foram realizadas duas avaliações dos instrumentos ENCS (Lopes & Fonseca, 2013) e IB (DGS, 2011 b), uma inicial, no momento da avaliação diagnóstica e uma final, após intervenção de ER no dia da alta, estes dados estão apresentados nas Tabela 20 e Tabela 21.

ENCS	Avaliação Diagnóstica	Avaliação Final
Score global de funcionalidade	37,92% (Problema Moderado)	27,92% (Problema Moderado)
Autocuidados	53,33% (Problema Grave)	36,67% (Problema Moderado)
Aprendizagem e funções de memória	23,33% (Problema Ligeiro)	20% (Problema Ligeiro)
Comunicação	20% (Problema Ligeiro)	20% (Problema Ligeiro)
Ambiente	55% (Problema Grave)	35% (Problema Moderado)

Tabela 20 - Avaliação do ENCS do estudo de caso C2.

Índice de Barthel	Avaliação Diagnóstica	Avaliação Final
Alimentação	10	10
Transferências	5	10
Toalete	5	5
Utilização do WC	5	10
Banho	0	5
Mobilidade	10	15
Subir e descer escadas	0	5
Vestir	5	10
Controlo intestinal	10	10
Controlo urinário	10	10
Total	60	80

Tabela 21 - Avaliação do IB do estudo de caso C2.

Da análise dos dados da Tabela 20, concluiu-se que a utente C2 apresentava na avaliação diagnóstica um problema moderado a nível do score global de funcionalidade (37,92%). Após intervenção de ER, verificou-se um ganho ao nível do score global de funcionalidade de 10%, passando para 27,92%. Estes ganhos estão relacionados com uma melhoria significativa ao nível do domínio dos autocuidados. Na avaliação diagnóstica, a utente C2 apresentava um problema grave a nível do domínio dos autocuidados (53,33%), passando a problema moderado (36,67%), o que representa um ganho de 16,66%. Nos domínios da aprendizagem e funções de memória e comunicação manteve-se com problema ligeiro (20%), em ambos os domínios, tendo-se apenas verificado ganhos de 3,33% do domínio aprendizagem e funções de memória. Ao nível do

ambiente passou de problema grave (55%), para problema moderado (35%), com um ganho significativo de 20%.

Da análise dos dados da Tabela 21, pôde-se concluir que ao nível dos domínios transferências, toalete, utilização do WC e vestir, a utente apresentava score 5 na avaliação diagnóstica. No entanto, nos domínios alimentação, mobilidade, controlo intestinal e controlo urinário, apresentava score de 10. Após intervenção de ER, evidenciou-se uma melhoria nos domínios das transferências, utilização do WC, banho, mobilidade, subir e descer escadas e vestir, refletindo-se num aumento do score total de 60 para 80. Nos domínios da alimentação, uso do toalete, controlo intestinal e controlo urinário não se verificou nenhuma melhoria, visto que a utente C2 pontuou o valor máximo nas duas avaliações.

Posteriormente à aplicação dos instrumentos de avaliação e realizada a validação diagnóstica/inicial, foram definidos os objetivos de reabilitação em colaboração com a utente e iniciado um programa de reabilitação funcional motora. Este programa incidia fundamentalmente em exercícios de mobilização articular com fortalecimento muscular e na capacitação da utente para os autocuidados. De forma a consolidar os ensinamentos à utente sobre os cuidados a ter com a prótese do joelho em todas as atividades de vida foi disponibilizado um folheto com informações e recomendações sobre os mesmos.

Os internamentos para cirurgias eletivas quando não apresentam intercorrências, são muito curtos, pelo que foram realizados apenas 4 dias de reabilitação, com duas sessões diárias, uma de manhã e outra à tarde, cerca de 30 minutos cada. Por apresentar estabilidade hemodinâmica e drenagem escassa ao nível do dreno operatório, o mesmo foi retirado às 24 horas de pós-operatório e realizado penso. Antes de fazer o primeiro levante, realizou mobilizações com artromotor, durante 30 minutos, com amplitude de 45 graus na articulação do joelho com tolerância, sendo aumentado 10 graus de amplitude diariamente. Subsequentemente, foi colocada meia de contenção no membro inferior contralateral, efetuado o 1º levante e realizado treino de marcha a 3 pontos com recurso a andarilho, mantendo postura adequada. Referiu dor de grau 1 na EN de dor durante o levante e mobilização do membro intervencionado, passando a grau 0 em repouso, com analgesia de horário. Realizados ensinamentos sobre os autocuidados posicionamentos, transferências, higiene e uso do sanitário, tendo realizado cuidados de higiene no chuveiro com o auxílio de uma cadeira sanitária. No segundo dia de internamento, a utente realizou marcha com duas canadianas a 3 pontos e treinou o subir e descer escadas, pois a utente referiu ter 2 degraus no acesso ao domicílio, tendo ficado competente.

A avaliação final realizou-se no quarto dia de internamento, no momento da alta clínica. A utente encontrava-se calma, consciente e orientada, pontuando 15 na escala de coma de Glasgow (Teasdale, 2014) (O-4; V-5; M-6). Integridade cutânea mantida, com pele e mucosas coradas e hidratadas. Membro intervencionado sem sinais de compromisso neurocirculatório. Apresentava o penso da ferida cirúrgica externamente limpo e seco, com indicação para refazer de 3 em 3 dias e em SOS, retirar agrafos aos 14 dias de pós-operatório e realizar crioterapia por curtos períodos. Encontrava-se eupneica, com uma FR de 17 cpm, com respiração mista, simétrica e de média amplitude, saturações periféricas de 96% em ar ambiente. A nível hemodinâmico, normotensa, com uma TA de 133/72 mm/Hg, normocardica, com uma FC de 78 bpm e apirética com temperatura timpânica de 36,8° C. A utente foi orientada para consulta de ortopedia para reavaliação marcada para 20 dias após a alta.

À reavaliação da MRCMS, mantinha força muscular em todos os segmentos corporais (força de grau 5/5), exceto no membro inferior direito, com força de grau 4/5. Cumpriu artromotor até 75° de amplitude articular, com indicação para aumentar amplitude conforme tolerância. Realizava marcha a 3 pontos com canadianas, mantendo o equilíbrio e postura adequada. No membro intervencionado, apresentou dor de grau 1 na EN de Dor na mobilização, sendo de 0 em repouso. Apresentou melhoria na capacidade para usar técnica de adaptação no autocuidado higiene e uso do sanitário com auxílio de cadeira sanitária e uso das barras laterais na sanita. Quanto aos autocuidados, posicionamentos, transferências e marcha, a utente apresentou a capacidade melhorada, sendo independente com técnicas adaptativas. Também foram realizados ensinamentos sobre o risco de queda e entregue folheto sobre os mesmos. Foi reforçada a importância da gestão do ambiente no domicílio, mantendo o espaço livre de obstáculos, usar calçado fechado e antiderrapante e verificar a integridade das borrachas de apoio das canadianas.

2.5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste subcapítulo, será apresentada a discussão dos resultados obtidos, nos diferentes estudos de caso, com o intuito de identificar os ganhos sensíveis aos cuidados de ER, de acordo com a metodologia defendida por Yin (2003). Neste sentido, os domínios de autocuidado de Orem (2001) e com os indicadores dos padrões de qualidade dos cuidados especializados de ER (OE, 2018 a), serão interrelacionados nesta discussão de resultados.

Na Tabela 22 e Tabela 23, encontram-se os resultados médios obtidos, nos diferentes estudos de caso, da aplicação do instrumento ENCS e do IB, de modo a sintetizar os dados para a discussão dos mesmos.

Participantes		Avaliação	Score global de funcionalidade	Autocuidado	Aprendizagem e funções de memória	Comunicação	Ambiente
A	A1	Inicial	50,83%	81,67%	30%	46,67%	40%
		Final	26,67%	31,67%	20%	20%	35%
		Ganhos	24,16%	50%	10%	26,67%	5%
	A2	Inicial	49,58%	85%	33,33%	40%	40%
		Final	33,33%	53,33%	20%	20%	40%
		Ganhos	16,25%	31,67%	13,33%	20%	0%
B	B1	Inicial	45,83%	60%	30%	33,33%	60%
		Final	27,92%	31,67%	20%	20%	40%
		Ganhos	17,91%	28,33%	10%	13,33%	20%
	B2	Inicial	49,58%	65%	33,33%	40%	60%
		Final	32,5%	35%	20%	20%	55%
		Ganhos	17,08%	30%	13,33%	20%	5%
	B3	Inicial	41,67%	70%	30%	26,67%	40%
		Final	27,92%	36,67%	20%	20%	35%
		Ganhos	13,75%	33,33%	10%	6,67%	5%
C	C1	Inicial	31,67%	53,33%	23,33%	20%	30%
		Final	24,58%	33,33%	20%	20%	25%
		Ganhos	7,09%	20%	3,33%	0%	5%
	C2	Inicial	37,92%	53,33%	23,33%	20%	55%
		Final	27,92%	36,67%	20%	20%	35%
		Ganhos	10%	16,66%	3,33%	0%	20%
Ganho médio por score			15,18%	29,99%	9,04%	12,38%	8,57%

Tabela 22 - Resultados médios alcançados da aplicação do instrumento ENCS.

Participantes por Grupo	Participantes Grupo A		Participantes Grupo B			Participantes Grupo C	
	A1	A2	B1	B2	B3	C1	C2
Participantes	A1	A2	B1	B2	B3	C1	C2
Avaliação Inicial	35	25	55	35	40	60	60
Avaliação Final	90	70	100	90	75	85	80
Ganhos	55	45	45	55	35	25	20

Tabela 23 - Resultados médios obtidos da aplicação do IB.

Pode-se concluir através da análise da Tabela 22, que no score global de funcionalidade verificou-se uma melhoria, com um aumento do score médio de 15,18%. O score de autocuidados

apresentou o maior aumento, sendo de 29,99%. Na aprendizagem e funções de memória 9,04%, na comunicação 12,38%, sendo no ambiente 8,57%. Relativamente à análise da Tabela 23, constatou-se que ocorreram ganhos significativos em todos os estudos de caso, tendo o score variando entre 20 e 55. De acordo com a teoria de Orem (2001), a capacidade para realizar o autocuidado é influenciada por diversos domínios: físico, cognitivo, emocional ou psicossocial e de comportamento, estes resultados suportam a sua teoria. Deste modo, será apresentada a discussão dos resultados para cada domínio do autocuidado.

Domínio cognitivo e comportamental

Segundo Nunes (2017), o envelhecimento é um fenómeno natural e transversal a todos os indivíduos, em que ocorrem alterações morfológicas, funcionais, bioquímicas, psicológicas. Neste período surge um aumento dos processos patológicos, com uma diminuição da capacidade de adaptação ao meio ambiente. Na mesma linha de pensamento, Lopes e Fonseca (2013) mencionam que o envelhecimento conduz a declínios de memória e de capacidade de trabalho. A aquisição de competências cognitivas complexas encontra-se comprometida, devido a alterações das competências cognitivas relacionadas com o aumento da idade.

A capacidade de uma pessoa para se dedicar ao seu próprio autocuidado, não depende apenas de fatores básicos internos e externos, como a sua saúde ou idade, mas também abrange diversos domínios, especialmente o cognitivo. Isto porque, para que alguém possa realizar ações de autocuidado, é necessário que possua habilidades cognitivas e competências que lhe permitam adquirir novos conhecimentos, estar consciente das mudanças na sua saúde, tomar decisões e adotar comportamentos de autocuidado (Petronilho & Machado, 2017).

O domínio cognitivo mencionado por Orem (2001), refere-se às aptidões cognitivas para cumprir a ação, enquanto que o domínio comportamental diz respeito às habilidades requeridas para adotar comportamentos de autocuidado. Neste sentido, Orem (2001) também refere que todas as pessoas têm potencial para se autocuidarem, uma vez que ao longo da vida adquiriram conhecimentos, habilidades e experiências. Quando as exigências de autocuidado superam a capacidade de o realizar, a pessoa necessita de suporte social, familiar e/ou de apoio de profissionais de saúde.

Segundo Petronilho e Machado (2017), o domínio cognitivo, “reporta-se ao conhecimento da condição de saúde e das habilidades cognitivas necessárias para cumprir a ação de autocuidado”. De acordo com os mesmos autores, o domínio comportamental, refere-se às

“habilidades para executar os comportamentos de autocuidado”, sendo “ações iniciadas e executadas pelas pessoas, por si mesmas, nos prazos adequados e no interesse da manutenção da vida, do funcionamento saudável e na continuidade do desenvolvimento pessoal e do bem-estar” (Petronilho & Machado, 2017, p.6). A função cognitiva engloba diversas habilidades mentais, tais como, aprendizagem, pensamento, raciocínio, memória, resolução de problemas, tomada de decisões e a atenção. Estes domínios foram avaliados em momentos distintos, aplicando o instrumento de avaliação ENCS, que incidiu nas dimensões “Aprendizagem e funções de memória” e “Comunicação”. Assim, através destas dimensões consegue-se avaliar e analisar os ganhos obtidos.

Segundo Silva (2017), alterações no domínio da comunicação levam à diminuição da independência e da qualidade de vida. A comunicação comprometida pode levar à frustração, pelo que devem ser utilizados meios de comunicação alternativos, priorizando a comunicação não verbal, com ênfase na compreensão simbólica. O enfermeiro deve promover a reabilitação da comunicação, assim como desenvolver estratégias adaptativas essenciais para as relações efetivas com o outro e com a comunidade, de modo a preservar a independência da pessoa.

A adesão aos cuidados de reabilitação depende dos objetivos individuais da pessoa, assim como do desenvolvimento de uma parceria com os profissionais de saúde. No entanto, é importante ter em mente que fatores como idade ou mudanças na capacidade de comunicação ou mobilidade da pessoa podem influenciar negativamente esse processo. Neste sentido, a disponibilidade de informação e o conhecimento sobre a situação, bem como a confiança na equipa multidisciplinar, podem desempenhar um papel crucial como facilitadores na adesão aos cuidados de reabilitação (Santos, 2017).

De acordo com Santos, et al. (2021), registou-se uma prevalência significativa de défices cognitivos e dependência nas AVD's entre os idosos hospitalizados. Esses resultados sugerem uma ligação entre défices cognitivos e limitações funcionais, possivelmente devido às complicações associadas ao internamento hospitalar, como imobilidade, risco de quedas, privação de sono e dor. Portanto, destaca-se a necessidade de uma intervenção profissional mais abrangente para mitigar o risco de declínio funcional durante o período de hospitalização, com ênfase na implementação precoce de medidas de reabilitação.

Relativamente aos domínios "aprendizagem e funções de memória" e a "comunicação", utilizando na Escala ENCS, um dos elementos de avaliação primordial nos vários contextos foi a avaliação do estado de consciência e das capacidades cognitivas. Deste modo, foram adotadas abordagens de orientação alopsíquica da pessoa, com recurso a informações atualizadas, sendo

que no início de cada sessão de intervenções dos cuidados de reabilitação à pessoa com base num modelo de autocuidado, foi feita referência ao dia da semana, ao mês e às horas, com o propósito de estimular a função de memória.

Como se pode verificar na Tabela 22, no domínio da “aprendizagem e funções de memória”, observou-se ganhos nos três grupos. No grupo A, A1 apresentou ganhos de 10% e A2 de 13,33%. No grupo B, B1 apresentou ganhos de 10%, B2 13,33% e B3 de 10%. Por último, o grupo C, C1 apresentou ganhos de 3,33% e C2 de 3,33%.

O internamento hospitalar para as pessoas idosas, representa um fator de risco para o declínio funcional, tendo em conta a diminuição da autonomia e independência. De forma a reduzir estes riscos é essencial efetuar planos de cuidados individualizados centrados no autocuidado e na atividade, uma vez que contribuem para melhorar o desempenho nas AVD's e facilitar a manutenção ou recuperação das capacidades cognitivas. No mesmo sentido, ações como escuta ativa, estímulo cognitivo, diminuição da ansiedade, técnicas de relaxamento e apoio emocional trazem benefícios em termos de funcionalidade durante a hospitalização e após o regresso ao domicílio. Além disso, incentivar as atividades de autocuidado promove a segurança da pessoa, durante o internamento, e retarda a deterioração funcional (Rocha, et al. 2020).

Segundo Ramos e Cunha (2022), a comunicação desempenha um papel fundamental em todas as interações humanas, e no contexto dos cuidados de saúde, assume uma importância ainda maior. Além da abordagem ética que requer que os profissionais de saúde considerem a pessoa de forma holística, é imprescindível comunicar eficazmente com a pessoa e família, assim como com os outros profissionais envolvidos no processo de cuidar.

De acordo com a Tabela 22, pode-se verificar que no domínio da “comunicação”, foram observáveis ganhos nos grupos A e B. No grupo A, A1 apresentou ganhos de 26,67% e A2 de 20%. No grupo B, B1 apresentou ganhos de 13,33%, B2 de 20% e B3 de 6,67%. Por fim, no grupo C, tanto em C1 como em C2 não se verificaram ganhos, uma vez que não apresentavam a comunicação comprometida, embora tenham obtido um score final de 20%, que diz respeito aos relacionamentos familiares.

O utente A1 apresentou períodos de labilidade emocional, devido à sua situação clínica. Tratava-se de um utente independente e ativo do ponto de vista profissional, sendo operário fabril. Encontrava-se incapacitado para realizar os seus autocuidados autonomamente, devido à sintomatologia respiratória. Apresentava um dreno torácico, DVP, linha arterial, CVC com perfusões medicamentosas, instabilidade respiratória e efetuava oxigenoterapia, sendo VNI por períodos. Além disso, apresentava como antecedentes pessoais hábitos etanólicos, tabagismo e

DPOC com períodos descompensação e dessaturação. O período de maior instabilidade no leito e de fraqueza muscular contribuíram para o declínio funcional e para a comunicação comprometida, sendo essencial estabelecer uma relação terapêutica com o utente, incentivando-o a cooperar o máximo possível no processo de reabilitação, com o propósito de promover a funcionalidade e o regresso à comunidade.

A utente A2, apresentou períodos de ansiedade e labilidade emocional, com oscilações do estado de consciência, instabilidade respiratória e limpeza das vias áreas ineficaz, com necessidade de fazer VNI. Além disso, tratava-se de uma utente com SAOS muito grave, obesidade, ex-fumadora, carcinoma uretelial e perturbação de ansiedade, seguida em consulta de psiquiatria. Este quadro comprometeu a comunicação, sendo necessário atuar ao nível da relação terapêutica e da reabilitação funcional respiratória, conforme descrito no estudo de caso.

Nos utentes do grupo A, sempre que não foi possível comunicar verbalmente, recorreu-se a estratégias adaptativas. A comunicação não verbal, com recurso a códigos alternativos através de gestos ou aperto de mão, assim como o recurso à escrita num papel, proporcionaram uma comunicação mais eficaz.

As alterações de comunicação dos utentes do grupo B, advêm da paresia facial com desvio da comissura labial, hipoestesia e apagamento do sulco nasogeniano e não de origem cognitiva. Nenhum dos utentes apresentou afasia de broca ou Wernicke. Realizaram-se exercícios de mímica facial com recurso a espelho e massagem, tendo apresentado melhoria significativa. O score final também está relacionado com os relacionamentos familiares.

Os ganhos e/ou manutenção da força muscular articular, através de um programa de exercício físico e mobilização precoce, contribuíram para a capacitação para o autocuidado, assim como para a aceitação do estado de saúde, e consequentemente resultaram numa melhoria da labilidade emocional. Realizaram-se levantamentos precoces, e foram asseguradas todas as condições de segurança. Estas intervenções, contribuíram para a prevenção de úlceras, da rigidez articular e da redução do risco de acidentes tromboembólicos. (Cruz, et al., 2021).

Assim, ao longo da intervenção, priorizou-se a orientação dos utentes para a realidade, explicando todos os procedimentos planeados, solicitando a sua colaboração e consentimento. Quando os utentes compreendem os objetivos das intervenções e a relação com a sua situação clínica, tendem a colaborar e participar mais ativamente.

Em suma, os treinos de RFR, associados aos treinos de RFM, assim como a mobilização precoce, possibilitaram aos utentes um aumento da capacitação e adaptação para realização dos seus autocuidados, e desta forma, a recuperação da função cognitiva. Os grupos A e B, destacaram-

se nos ganhos, possivelmente por apresentarem mais défices e um internamento mais longo, sendo submetidos à intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação durante mais tempo, como se pode analisar através da Tabela 22.

Nos utentes que tiveram alta para o domicílio, foi disponibilizado um folheto informativo a cada utente/família, com informação sobre os cuidados a ter com a sua situação de saúde, assim como dos direitos e deveres do utente e a prevenção de quedas, sendo feito o ensino no serviço de internamento.

Domínio emocional ou psicossocial

Segundo Orem (2001), o domínio emocional ou psicossocial relaciona-se com a perceção de competências para o autocuidado e com fatores motivacionais, atitudes e valores. No mesmo sentido, outros autores, referem que este domínio consiste em atitudes, crenças, valores, motivação e perceção de competência na concretização da ação do autocuidado (Petronilho & Machado, 2017; Sousa & Vieira, 2017). Na dimensão psicossocial, a intervenção do ER em pessoas com alterações funcionais é essencial para adequar os cuidados de enfermagem de acordo com as necessidades individuais de cada pessoa, considerando também o seu contexto familiar e comunitário (Chaudhuri, et al, 2016; Griffin-Musick, et al, 2021). A identificação das necessidades e a personalização dos cuidados a cada pessoa são fundamentais para humanizar o processo de cuidados, podendo ter um impacto significativo na melhoria da qualidade de vida, tanto da pessoa cuidada quanto dos membros da família (Xiao, et al, 2020; Chaudhuri, et al, 2016). De um modo geral, a intervenção do ER visa facilitar a integração da pessoa na sociedade, promovendo o processo adaptativo que maximize as suas capacidades funcionais (Sousa & Vieira, 2017).

Este domínio foi avaliado através do instrumento ENCS, na dimensão ambiente e relaciona-se com o apoio de amigos e familiares. Neste sentido, fazem parte desta dimensão, as pessoas que eventualmente podem prestar cuidados aos utentes, assim como, assistentes pessoais, profissionais de saúde, amigos e família próxima. As pessoas intervenientes nesta dimensão, foram questionadas em três momentos distintos em relação ao suporte/apoio oferecido aos utentes, exceto as do grupo C, que por apresentarem um internamento curto, não foi possível efetuar uma avaliação intermédia.

No que diz respeito ao apoio dos profissionais de saúde, é fundamental que o ER intervenha de maneira a colocar o utente no cerne do processo, concedendo-lhe autonomia para decidir sobre

a sua saúde e disponibilizando todo o suporte requerido (Lista, 2018). Além disso, a relação terapêutica que o ER deve estabelecer com os utentes e as suas famílias possibilita que exista um ambiente de confiança, no qual o enfermeiro se torna um ponto de referência para promover o reequilíbrio familiar (Sousa, 2011). Na mesma linha de pensamento (Messecar, 2012), menciona que o enfermeiro deve apoiar os prestadores de cuidados a assumirem o seu papel, fazendo parcerias, partilha de conhecimentos e estratégias. Assim como a identificação das lacunas para trabalhar em conjunto, mobilização de recursos da comunidade, assistência na gestão das respostas físicas e emocionais, e integração da abordagem interdisciplinar.

Segundo o Regulamento n.º 392/2019, o ER deve avaliar “(...) os aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e ou incapacidade (...)” e ensinar “(...) ao utente e/ou cuidador técnicas e tecnologias específicas de autocuidado (...)” (Regulamento n.º 392/2019, p.13566-13567).

Relativamente ao grupo A, o utente A1, apresentou na dimensão ambiente uma alteração de 40%, na avaliação diagnóstica. Após intervenção de ER, verificou-se uma diminuição de 5% nesta avaliação, obtendo uma alteração de 35% na avaliação final. Este resultado está relacionado com o parâmetro amigos. A utente A2, não apresentou ganhos nesta dimensão, desde a avaliação inicial até à avaliação final, mantendo o score de 40%. Estes resultados devem-se ao parâmetro dos amigos e assistentes pessoais. Os utentes deste grupo, não tiveram alta para o domicílio, foram transferidos de serviço, no entanto eram previamente independentes nas suas AVD. Quanto a A2, tratava-se de uma utente que apresentava muitas comorbidades e no momento da transferência de serviço, não foi possível saber se iria recuperar a independência prévia, uma vez que vivia com o marido também idoso e o suporte/apoio encontrava-se limitado.

No grupo B, o utente B1 apresentou uma alteração de 60% na dimensão ambiente na avaliação diagnóstica, no entanto verificou-se um ganho de 20% nesta dimensão, obtendo uma alteração final de 40%. Este utente vivia sozinho, encontra-se divorciado e sem qualquer suporte/apoio do filho, sendo que amigos e assistentes pessoais também não davam todo o apoio necessário, tendo recusado a referência para RNCCI. Este ganho refere-se ao apoio entretanto disponibilizado, por uma cunhada que aceitou receber o utente B1 na sua própria casa, pelo tempo necessário até o utente apresentar condições para viver sozinho, uma vez que o seu prognóstico era bastante favorável. Quanto à utente B2, apresentou uma alteração de 60% na dimensão ambiente na avaliação diagnóstica, no entanto verificou-se um ganho de 5% nesta dimensão, obtendo uma alteração final de 55%. Este ganho refere-se a apoio de amigos, sendo que, alguns eram funcionários no hospital e ofereciam muito apoio emocional. Esta utente era viúva e vivia

sozinha, e apesar de ter seis filhos, nenhuns deles se disponibilizou para fornecer suporte/apoio. Por a utente não apresentar condições para viver sozinha, aceitou a referenciação para RNCC para a convalescença. Em relação à utente B3, apresentou uma alteração de 40% na dimensão ambiente na avaliação diagnóstica, no entanto verificou-se um ganho de 5% nesta dimensão, obtendo uma alteração final de 35 %. Os ganhos obtidos referem-se ao apoio de assistentes pessoais. A utente B3 vivia com o marido, também idoso e com uma filha que trabalhava, pelo que só podia oferecer apoio ao fim de semana e durante a noite. De acordo com Ferreira (2013), cuidar é uma ação intrínseca à condição humana e, é sobretudo no contexto familiar que se oferecem os cuidados indispensáveis, de modo a promover a saúde e a autonomia dos seus membros. O código civil português (1966), também aborda questões relacionadas com a responsabilidade familiar, referindo que deve haver cooperação e assistência entre os seus membros, assim como a obrigação de se socorrer e proteger (Decreto-Lei nº 47344/1966). No entanto, face ao exposto, a família próxima não conseguia fornecer todo o apoio necessário. Perante esta situação a utente e a sua família aceitaram a referenciação para RNCCI, para continuar o programa de reabilitação no domicílio. Além disso, foi possível uma melhoria ao nível dos assistentes pessoais para outros cuidados no domicílio.

Em relação ao grupo C, o utente C1, apresentou uma alteração de 30% na dimensão ambiente, na avaliação diagnóstica. No entanto verificou-se um ganho de 5% nesta dimensão, obtendo uma alteração final de 25%. Esta alteração está relacionada com os parâmetros de avaliação, assistentes pessoais e amigos, que não disponibilizavam todo o apoio necessário. No que toca à família próxima e profissionais de saúde, o suporte/apoio necessário estava assegurado. O utente era casado e a esposa apresentava condições para apoiar. Os ganhos obtidos referem-se a uma melhoria ao nível do parâmetro amigos, que ao tomarem conhecimento da situação do utente C1, disponibilizaram mais apoio. Quanto à utente C2, apresentou uma alteração de 55% na dimensão ambiente, na avaliação diagnóstica. no entanto verificou-se um ganho significativo de 20% nesta dimensão, obtendo uma alteração final de 35 %. Trata-se de uma utente viúva que vivia sozinha. Esta alteração está relacionada com apoio de assistentes pessoais, amigos e família próxima. A filha era enfermeira em outro centro hospitalar, pelo que não podia disponibilizar apoio na residência da mãe e a utente recusava sair da sua casa. No entanto, o ganho significativo deve-se à solução encontrada pela filha que conseguiu negociar com a mãe. Deste modo, a utente foi para casa da filha, durante o período de recuperação, no sentido de continuar o programa de reabilitação, mas com a condição de regressar logo que possível ao seu domicílio.

De acordo com os estudos de caso realizados, e os resultados obtidos na dimensão ambiente de cada um deles, pode-se concluir que houve um ganho médio nesta dimensão de 8,57%. Contudo, em A1, B1, B2, B3, C1 e C2, verificaram-se ganhos e em A2 não se verificou qualquer ganho.

De acordo com OE (2018 b), no que concerne aos enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de ER, estes domínios, estão relacionados com os indicadores de satisfação do cliente, bem-estar e autocuidado, promoção da inclusão social e organização dos cuidados de enfermagem.

A satisfação do cliente pode ser definida como o resultado de expectativas e da perceção dos utentes relativamente aos cuidados recebidos (Freitas, et al., 2016). No mesmo sentido, a OE (2018 b), também refere que a satisfação do cliente, atribui-se aos cuidados prestados pelo ER. Segundo outro autor, este indicador reflete uma realidade subjetiva e complexa, resultante da interação entre o utente e o sistema de saúde, englobando fatores físicos, emocionais, sociais e culturais (Hawkins, et al., 2014). Além do referido pelos autores anteriores, este indicador deve ser entendido pelos profissionais de saúde e pelas instituições como um indicador de qualidade (Hertel-Joergensen, et al., 2018). A OE (2018 b), refere que os ER devem procurar a excelência dos cuidados de enfermagem e deste modo, atingir os mais elevados níveis de satisfação dos utentes.

Na implementação deste projeto, procurou-se estabelecer um ambiente calmo e seguro, respeitando a autonomia, crenças, valores e fragilidades, tendo em consideração as capacidades dos utentes. Além disso, identificaram-se todas as necessidades e expectativas, tanto dos utentes como dos cuidadores e famílias, integrando-os nos processos de reabilitação (Menoita, et al., 2012; OE, 2018 b). As intervenções implementadas com este projeto foram discutidas e muitas vezes negociadas com os utentes, sendo explicados os objetivos das mesmas. No decorrer do internamento, os utentes começaram a observar ganhos, e a relacioná-los com o programa de reabilitação e com os ensinamentos realizados, contribuindo para a confiança na estudante de ER. De um modo geral, os utentes encontravam-se motivados e em alguns casos queriam fazer mais do que o proposto, como subir e descer mais degraus de escadas. Este indicador de qualidade foi atingido, tendo em consideração os comportamentos observados de alguns utentes e o seu feedback à equipa multidisciplinar.

Quanto ao bem-estar e autocuidado, a OE (2018 b) refere que, o ER tem como objetivo maximizar o bem-estar e promover o autocuidado. Orem (2001, p.43), define-o como “(...) *a prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam em seu próprio benefício, para*

manutenção da vida, da saúde e do bem-estar.” No mesmo sentido, Petronilho (2012) menciona que o autocuidado tem um efeito positivo na promoção da saúde e do bem-estar, pois contribui para o aumento dos conhecimentos e habilidades. Neste contexto, os profissionais de saúde desempenham um papel crucial, uma vez que o autocuidado é uma área da sua intervenção. A OE (2018 b, p.12), menciona que o ER, *“Na procura permanente da excelência no exercício profissional (...)” deve maximizar “(...) o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente.*”

De modo a promover a autonomia e a qualidade de vida, identificaram-se o mais precocemente possível, os problemas reais e potenciais, assim como a avaliação da funcionalidade e definiram-se estratégias a implementar, resultados esperados, assim como metas a atingir. Desta forma, foram selecionados os produtos de apoio que mais se adequavam para cada utente. Seguidamente, procedeu-se ao ensino, instrução e treino dos utentes para o uso de produtos de apoio, assim como técnicas de adaptação para a realização do autocuidado. Também foram realizados planos e programas de intervenção, com vista à obtenção de ganhos ao nível da funcionalidade (Araújo, et al., 2021; OE, 2018 a). Como referido anteriormente, utilizou-se o instrumento ENCS e o IB, de forma a avaliar a dimensão autocuidado, tendo sido nesta dimensão que se verificaram os maiores ganhos deste projeto de intervenção.

O processo de envelhecimento associa-se frequentemente a uma maior incidência de deficiências entre os idosos, pois o declínio funcional pode resultar em deficiências físicas (Valença, et al., 2017). Assim, os cuidados de ER para promover a inclusão social devem ser holísticos, centrados no utente com deficiência física e na família. Para além dos aspetos de ordem física, deve ser considerada uma abordagem bio-psico-social. Segundo Pereira, et al. (2020), o ER deve verificar a existência de barreiras arquitetónicas, a nível do domicílio e dos restantes ambientes, que possam condicionar as pessoas com deficiência na sua participação e inclusão social. Deste modo, o ER, na procura da excelência na prestação dos cuidados de enfermagem, deve implementar *“(...) processos contra o estigma e a exclusão social dos utentes com deficiência.*” (OE, 2018 b, p.15).

Tendo em consideração o regresso ao domicílio e a inclusão social, os utentes foram avaliados quanto à capacidade funcional para realizar as AVD, em relação à sua participação social, e também as consequências da alteração da capacidade funcional na qualidade de vida. Foram identificadas barreiras arquitetónicas nos diversos contextos de vida dos utentes e foram elaborados planos de treino motor e de reabilitação social (Pereira, et al., 2020). Em relação às barreiras arquitetónicas, os utentes, B1, B3, C1 e C2 viviam em casas térreas, no entanto

necessitavam de subir alguns degraus para entrar em casa. Nesse sentido B1 e B3, nas escadas do hospital, treinaram com auxiliares de marcha a subir e descer escadas, e encontravam-se competentes com supervisão. Quanto a C1 e C2, também treinaram subir e descer escadas no serviço, encontrando-se ambos competentes com supervisão. Neste caso, o serviço tinha uma sala com uma plataforma com escadas, corrimão e uma rampa, onde os enfermeiros de reabilitação treinavam estes autocuidados. Também foram realizados ensinamentos e fornecidas estratégias adaptativas a todos os utentes relativamente aos autocuidados, tomar banho, transferir-se, vestir-se, andar com auxiliar de marcha e o uso do sanitário. Quanto ao utente B1, o seu WC necessitava de obras de adaptação à nova realidade, sendo esse um dos motivos que contribuiu para o utente, no momento da alta, ir para a casa da cunhada.

Quanto à organização dos cuidados de enfermagem, isto é, o modo como os cuidados são concebidos, organizados, executados e a forma como os profissionais vão ao encontro das reais necessidades dos utentes, os ER consultam o processo de enfermagem para obter dados relevantes, assim como diagnósticos, intervenções de enfermagem e avaliações das mesmas, com vista a analisar se as intervenções de enfermagem apresentam ganhos e assim reformular o plano de intervenção. Deste modo, os ER na constante procura da excelência dos cuidados, devem colaborar *“(...) para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem.”* (OE, 2018 b, p.16). Neste sentido, os enfermeiros demonstram de forma eficaz a sua contribuição ao concederem, organizarem e executarem o seu trabalho de maneira eficiente (Ventura, et al., 2021). Durante a implementação deste projeto, os cuidados de ER foram registados no SCLINICO e no BSIMPLE, contribuindo desta forma para a produção de dados na instituição, e verificação de ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem. Contudo, estes sistemas precisam de ser melhorados, do ponto de vista da reabilitação, pelo que foi necessário realizar em todos os turnos notas gerais, como forma de complementar registos, mas que não servem para produção de dados estatísticos.

Em conclusão, neste domínio, todos os grupos apresentaram ganhos ao nível emocional e/ou psicossocial, embora A2 não tenha apresentado qualquer ganho. Estes resultados contribuíram para a satisfação dos intervenientes neste projeto, e encontram-se em consonância com os padrões de qualidade da ordem dos enfermeiros.

Domínio físico

Orem (2001), menciona que o domínio físico está associado à capacidade física exigida para realizar atividades de autogestão. Este domínio foi avaliado na avaliação diagnóstica,

intermédia e final, exceto no grupo C, no qual não se realizou avaliação intermédia. Como mencionado noutros domínios, foi utilizado o instrumento ENCS e o IB na dimensão autocuidados.

De acordo com Orem (2001, p.43), o autocuidado é definido como uma “(...) *prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam em seu próprio benefício, para manutenção da vida, da saúde e do bem-estar.*”, presumindo que a pessoa se encontra competente para se autocuidar. Petronilho, et al. (2021), menciona que a pessoa é dependente de autocuidado, quando não apresenta capacidade para executar o seu autocuidado e necessita de apoio de terceiros para o realizar, tais como, cuidadores e profissionais de saúde. No entanto, Araújo (2010) refere-se à pessoa dependente, como aquela que, durante um determinado período, necessita de assistência de outras pessoas ou de algum equipamento para realizar as suas atividades de autocuidado. Na mesma linha de pensamento, outros autores, mencionam que a dependência ao nível do autocuidado, desencadeia um processo complexo e multidimensional que envolve alterações significativas na vida da pessoa, obrigando ao desenvolvimento de competências adaptativas (Meleis, et al., 2000; Silva, 2007).

Conforme anteriormente mencionado, a dependência causa um impacto significativo nos sistemas financeiros, sociais e de saúde da sociedade. De modo a responder a estes desafios, as políticas de saúde e assistência social têm priorizado a responsabilidade, a conscientização e o envolvimento das famílias em atividades que promovam o autocuidado. Além disso, procuram promover comportamentos de saúde mais eficazes na gestão das questões relacionadas com a saúde e a doença.

Neste contexto, e no exercício da sua atividade profissional, o ER deve focar-se na promoção do autocuidado, com vista à reabilitação das capacidades e à promoção de estratégias adaptativas. O objetivo é permitir que os utentes alcancem o maior nível de independência possível. Estas intervenções têm um impacto positivo e significativo na qualidade de vida, tanto dos utentes como das suas famílias (Petronilho, et al., 2021).

Vieira (2021), em relação aos cuidados de saúde prestados à população, menciona que o autocuidado é frequentemente reconhecido como um domínio sensível aos cuidados de enfermagem. No entanto, em comparação com os outros indicadores é um resultado pouco monitorizado. De modo a identificar os ganhos sensíveis aos cuidados de ER, o autocuidado foi avaliado com o instrumento de avaliação ENCS e com recurso ao IB.

Em relação ao grupo A, através da utilização do instrumento de avaliação ENCS, o utente A1, apresentou na dimensão autocuidados uma alteração de 81,67%, na avaliação diagnóstica. No

momento da avaliação final, obteve-se uma avaliação de 31,67%, tendo um ganho de 50%. No entanto, com a aplicação do IB, o utente A1 apresentou um ganho de 55% na avaliação final. Quanto à utente A2, na avaliação ENCS, apresentou na dimensão autocuidados uma alteração de 85%, na avaliação diagnóstica. Enquanto que na avaliação final, obteve um valor de 53,33%, tendo um ganho de 31,67%. No entanto, com a aplicação do IB, a utente A2 apresentou um ganho de 45% na avaliação final. Estes utentes deram entrada no serviço descompensados do ponto de vista respiratório e cardíaco, com necessidade de VNI e cuidados intensivos. Estes ganhos, devem-se em grande parte, ao trabalho desenvolvido pelos ER, porque neste serviço, estão diariamente ER distribuídos para realizar reabilitação. Tendo sido iniciada o mais precocemente possível RFR e RFM, de forma a reverter o quadro respiratório e ao mesmo tempo não permitir o declínio funcional. Realizou-se transferência para cadeirão, assim que o quadro clínico permitiu. Foram realizadas mobilizações passivas e ativas assistidas, quando os utentes não colaboravam, com o objetivo de não permitir o declínio funcional e a perda de capacidades. Realizaram-se mobilizações ativas e resistidas de todos os segmentos articulares com recurso a um cicloergómetro com programação digital, nos membros superiores e inferiores, tanto no leito como sentados em cadeirão. A reabilitação combinada com cicloergómetro apresenta melhores resultados na força muscular dos membros inferiores, mobilidade e funcionalidade (Pinheiro, et al., 2021). Os utentes do grupo A foram transferidos de serviço com ganhos significativos ao nível dos autocuidados, como se pode verificar pelas Tabela 22 e Tabela 23.

Os utentes A1 e A2, apresentavam um padrão ventilatório ineficaz. Assim, com o objetivo de otimizar a ventilação e as trocas gasosas, foi realizada reeducação funcional respiratória. Neste sentido é referido que:

(..) a ventilação eficaz está dependente dos músculos respiratórios e das propriedades elásticas do pulmão. A melhoria do processo ventilatório, através da melhoria da ventilação alveolar com recurso a técnicas de reeducação funcional respiratória, diminui a hipoventilação, melhora a capacidade pulmonar, aumenta a compliance pulmonar, melhora o desempenho dos músculos inspiratórios e reduz o trabalho respiratório na pessoa com doença respiratória. (...)” (Couto, et al., 2021, p. 236).

Os utentes realizaram técnicas de relaxamento, tendo sido proporcionado um ambiente calmo, confortável e de confiança. Foram instruídos sobre a consciencialização e o controlo respiratório através de dissociação dos tempos respiratórios, com os lábios semicerrados e respiração diafragmática. De modo a melhorar o padrão ventilatório, procedeu-se à realização de exercícios de reeducação diafragmática, reeducação costal levantando os dois braços e também com recurso a bastão, faixas e halteres. Para otimizar a expansão pulmonar, a capacidade residual

e funcional foi realizada a técnica de fluxo inspiratório controlado com recuso a inspirómetro de incentivo, tendo melhorado o padrão respiratório e a saturação periférica de oxigénio. Quanto a A1, que apresentava derrame pleural, foi realizada terapêutica de posição, sendo posicionado em decúbito lateral com o lado afetado para cima, de modo a otimizar a relação ventilação-perfusão. Os dois utentes também apresentavam a limpeza das vias aéreas comprometida, com roncocalauscultação pulmonar, presença de secreções em abundante quantidade e tosse pouco eficaz. A utente A2 apresentava secreções mucopurulentas infetadas com *Moraxella catarrhalis* e *Haemophilus influenzae*, pelo que foi realizada técnica de drenagem postural, tosse assistida, manobras de vibro compressão. Relativamente a A2, também foi utilizado o *Cough Assist*, insuflador/exsuflador mecânico de forma a mobilizar e expulsar secreções, uma vez que a utente se encontrava do ponto de vista muscular, com capacidades diminuídas, tendo sido necessário diminuir o trabalho respiratório e cardíaco.

Os utentes foram também instruídos sobre posições de descanso e relaxamento, como a posição de cocheiro, técnicas de correção corporal, com o objetivo de melhorar a eficácia dos músculos respiratórios, melhorando a mobilidade, a expansão torácica e a ventilação pulmonar (Cordeiro & Menoita, 2012). Além disso, forneceram-se folhetos informativos, adquiridos na intranet da instituição, sobre planos de exercícios com imagens, com o propósito de promover a continuidade da reabilitação em contexto domiciliário. As doenças respiratórias determinam desafios suplementares ao utente e à sua família, exigindo processos de readaptação devido à redução da capacidade funcional, o que afeta tanto a qualidade de vida como o bem-estar emocional e psicológico (Dong, et al., 2020; Cantürk, et al., 2021). Tendo em conta o foco de ER de intolerância à atividade, foram fornecidas técnicas de adaptação e conservação de energia e hábitos de exercício, de modo a melhorar a intolerância à atividade (Couto, et al., 2021).

Relativamente ao grupo B, na aplicação da avaliação ENCS, o utente B1, apresentou na dimensão autocuidados uma alteração de 60%, na avaliação diagnóstica. No momento da avaliação final, obteve uma avaliação de 31,67%, tendo um ganho de 28,33%. No entanto, com a aplicação do IB, o utente B1 apresentou um ganho de 45% na avaliação final. Quanto à utente B2, na avaliação ENCS, apresentou na dimensão autocuidados uma alteração de 65%, na avaliação diagnóstica. Enquanto que na avaliação final, obteve uma avaliação de 35%, tendo um ganho de 30%. No entanto, com a aplicação do IB, a utente B2 apresentou um ganho de 55% na avaliação final. Por fim, a utente B3, na avaliação ENCS, apresentou na dimensão autocuidados uma alteração de 70%, na avaliação diagnóstica. Enquanto que na avaliação final, obteve uma avaliação

de 36,67%, tendo um ganho de 33,33%. No entanto, com a aplicação do IB, a utente B3 apresentou um ganho de 35% na avaliação final.

Relativamente aos utentes grupo B, que faziam parte do grupo do foro neurológico, após aplicação da avaliação diagnóstica foram definidos objetivos e metas a atingir em conjunto com o utente. Sendo iniciado programa de reabilitação funcional, intervindo sobretudo na capacitação dos utentes para os autocuidados e exercícios de mobilização articular com fortalecimento muscular. Foram realizadas sessões diárias de exercícios ativo assistidos no hemicorpo afetado e ativo resistidos no hemicorpo não afetado, com 10 repetições de cada movimento (Menoita, et al., 2012), sendo diminuída a assistência do ER, na medida que os utentes evoluíam no seu plano de reabilitação.

Para desenvolver a preensão e motricidade fina no membro superior afetado, foi disponibilizado um jogo que consistia em treinar movimentos finos, como abotoar e desabotoar botões, abrir e fechar fechos e um jogo de legos. Neste sentido, a relevância da inclusão de elementos de jogo no treino físico, promove a neuroplasticidade e melhora a funcionalidade e a qualidade de vida entre os sobreviventes de AVC (Johar, et al., 2022). Tendo os utentes apresentado melhorias ao nível da motricidade fina. Aquando da avaliação diagnóstica, os utentes deste grupo apresentavam paresia facial com ligeiro comprometimento da comunicação. Foram realizados ensinamentos/treino sobre mímica facial em frente ao espelho e massagem na face afetada, passando os utentes a realizar de forma autónoma. Verificaram-se ganhos em poucos dias, relativamente à simetria facial, assim como ao nível da disartria.

Além dos exercícios referidos anteriormente e realizados diariamente, a reabilitação incidiu muito no treino de atividades de vida diária, desde a estimulação para alimentar-se autonomamente, mobilizar-se, transferir-se, sentar-se, cuidados de higiene, eliminação, vestir-se e despir-se, andar e subir e descer escadas. Ao nível das AVD, foi necessário ensinar/instruir e treinar os utentes a realizar o seu autocuidado com a melhor estratégia e/ou ajudas técnicas. Os utentes foram instruídos sobre diversos dispositivos que existem de forma a realizar o autocuidado, assim como vestir em primeiro lugar o membro afetado e ao despir fazer ao contrário, entre outras estratégias facilitadoras. É crucial, os utentes recuperarem a independência perdida e capacitá-los para o autocuidado, visto que B1 e B2 viviam sozinhos e no momento da alta ainda necessitavam de assistência ou supervisão em alguns autocuidados. Os utentes, B1 e B3 treinaram o subir e descer escadas, aumentando a tolerância e número de degraus. Face aos resultados mostraram-se cada vez mais colaborantes e participativos nas atividades. A utente B2 não treinou o subir e descer

escadas porque apenas andava com andarilho, devido a apresentar desequilíbrio ortostático, não conseguindo recuperar apesar dos exercícios de reabilitação.

Nos utentes do grupo B, foi avaliada a deglutição com recurso à escala Gugging Swallowing Screen (GUSS), a utente B2 deglutia líquidos e sólidos, no entanto apresentava a deglutição mais lentificada, pelo que foi incentivada a ingerir doses de líquidos ou bolo alimentar mais pequenos (Moreira, et al., 2021). Todos os utentes realizaram RFM, tendo sido executados exercícios ativo assistidos, ativos e ativo resistidos de todos os segmentos articulares (Araújo, et al., 2021). Nos exercícios ativos resistidos utilizou-se halteres. O utente B1 realizou mobilizações sentado e no leito com recurso a um elástico, dando ênfase às flexões e extensões da articulação túbio társica, sendo este exercício muito importante para a marcha, na qual o utente apresentou dificuldade na avaliação diagnóstica, tendo evoluído favoravelmente. A força muscular foi avaliada com recurso à escala Medical Research Council Muscle (MRCMS), tendo os utentes deste grupo, entre a avaliação diagnóstica e final, oscilado a avaliação entre 2/5 e 4/5 no membro afetado e mantido força de 5/5 nos restantes membros. (Coelho, et al., 2017; Menoita, 2012).

A recuperação funcional ocorre pelo menos até às 24 semanas, após o AVC agudo, mas a maioria dos ganhos funcionais tendem a ser alcançados durante as primeiras 12 semanas. A função cognitiva tende a melhorar mais rapidamente do que a função motora, com ganhos substanciais nas primeiras 3 semanas. Este estudo fornece uma visão sobre o tempo de recuperação dos utentes com AVC, o que pode apoiar o desenvolvimento de programas de reabilitação mais eficazes (Branco, et al., 2019). Nesta linha de pensamento, assim que os utentes apresentaram estabilidade clínica, iniciou-se RFM e RFR, em especial à utente B2, que apresentou intercorrências do ponto de vista respiratório, sendo diagnosticada infeção por SARS-CoV2 positiva. No mesmo sentido, outro autor menciona que as pessoas com AVC por COVID-19 admitidas em programa de reabilitação neurológica apresentaram aumento/melhoria da independência funcional e aumento da qualidade de vida na sua componente física (Herrera, et al., 2023). Quanto a B2, apresentou um score global da funcionalidade muito positivo, conforme se pode verificar pela Tabela 22 e Tabela 23.

Quanto à avaliação do equilíbrio, os utentes B2 e B3 apresentaram desequilíbrio dinâmico em posição ortostática. Foram realizados exercícios de reabilitação, com carga no cotovelo/facilitação cruzada, alternância de carga nos membros inferiores/ alternância unipodal, treino proprioceptivo e contorno de obstáculos com mudança de direção (Araújo, et al., 2021). Assim, programas de treino proprioceptivo devem ser adicionados aos métodos de reabilitação do utente com AVC (Ocal, et al., 2020). Aquando da avaliação final, B3 apresentava um discreto

desequilíbrio dinâmico em posição ortostática, que compensava com alargamento da base de sustentação, enquanto B2 manteve o equilíbrio. Relativamente à marcha, neste grupo todos os utentes evoluíram quanto ao número de metros percorridos e tolerância, porém B2 e B3 andavam com auxiliar de marcha andarilho e B1 iniciou marcha com tripé que evoluiu para marcha com apenas 1 canadiana.

Quanto ao grupo C, na aplicação da avaliação ENCS, o utente C1, apresentou na dimensão autocuidados uma alteração de 53,33%, na avaliação diagnóstica. No momento da avaliação final, obteve uma avaliação de 33,33%, tendo um ganho de 20%. No entanto, com a aplicação do IB, o utente C1 apresentou um ganho de 25% na avaliação final. Por fim, a utente C2, na avaliação ENCS, apresentou na dimensão autocuidados uma alteração de 53,33%, na avaliação diagnóstica. O mesmo utente na avaliação final, obteve uma avaliação de 36,67%, tendo um ganho de 16,66%. No que concerne à aplicação do IB, a utente C2 apresentou um ganho de 20% na avaliação final.

No âmbito da reeducação funcional, os utentes C1 e C2 foram submetidos a intervenções cirúrgicas para a colocação de prótese total da anca (PTA) e prótese total do joelho (PTJ), respetivamente. De acordo com as indicações de Sousa e Carvalho (2017), os utentes foram ensinados, instruídos, incentivados/estimulados e treinados, quanto à realização de exercícios isométricos e isotónicos. A reabilitação focou-se na realização de mobilizações ativas assistidas e ativas no membro operado, sendo ativas e ativas resistidas nos restantes segmentos articulares. Durante o internamento, os utentes foram capacitados quanto à realização das suas AVD.

Relativamente aos vários estudos de caso e aos ganhos sensíveis aos cuidados de ER, no domínio do autocuidado, observou-se um ganho médio de 29,99%. Sendo de 40,8 % no grupo A, de 30,5% no grupo B e de 18,3% no grupo C. Pode-se verificar através da tabela 19, que foi neste domínio que ocorreram os maiores ganhos, contribuindo assim para o score global da funcionalidade.

Segundo a OE (2018 b), no regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em ER, é feita referência à inclusão dos cuidadores/família no processo de cuidados de reabilitação, tendo em vista a readaptação funcional. Neste sentido, as situações de dependência exigem tanto dos utentes como dos cuidadores um processo de adaptação. Este processo requer a aquisição de conhecimentos, competências e aptidões para lidar com os desafios que influenciam o bem-estar e o autocuidado. Neste contexto, ER desempenha um papel crucial, proporcionando os conhecimentos e as competências necessárias para promover a readaptação funcional do utente e cuidadores (Menoita, et al., 2012). No sentido de alcançar a excelência nos cuidados de

enfermagem, é essencial que o ER desenvolva processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde (OE, 2018 b).

Neste contexto, os utentes e os seus cuidadores foram envolvidos em sessões de ensino, abordando a adaptação ao ambiente domiciliário e a identificação de potenciais barreiras arquitetónicas e ergonómicas que afetam a acessibilidade e comprometem a segurança. Para tal foram facultados folhetos informativos sobre os mesmos, tendo em consideração a sua importância na continuidade de cuidados, tendo assim em atenção as orientações de Menoita, et. al (2012). No que concerne aos utentes B1, B3, C1, e C2, ou seja, os que tiveram alta diretamente para o domicílio, foram aconselhados sobre qual o melhor auxiliar de marcha, tendo em consideração o contexto domiciliário referido pelos mesmos. Foram também fornecidas informações sobre ajudas técnicas, tais como barras fixas no WC, cadeiras/cadeirões altos, cadeira sanitária ou alteador de sanita. Esta informação assumiu uma especial relevância nos utentes do grupo C, sendo os mesmos do foro ortopédico e submetidos a cirurgia, apresentando como risco possível a luxação de prótese. Foram efetuados também ensinamentos sobre risco e prevenção de quedas e entregue folheto institucional.

Quanto à reeducação funcional, o ER, na procura da excelência dos cuidados de enfermagem e tendo em conta a qualidade de vida e a reintegração na comunidade, deve desenvolver processos de reeducação funcional (OE, 2018 b). Neste sentido o ER, deve elaborar planos de cuidados com o intuito de promover e otimizar as capacidades funcionais em várias áreas, incluindo a motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, alimentar e de eliminação (Diz, 2021). Em relação ao funcionamento neuropsicológico no pós-AVC, quando a reabilitação integra a abordagem restaurativa com a compensatória, apresenta melhores resultados (Aguilar, et al., 2021). No entanto, a recuperação do utente está relacionada com sua participação ativa no programa de reeducação funcional, sendo influenciada significativamente pelos ensinamentos e cuidados prestados pelo ER (Rocha, et al., 2016).

Segundo Lopes (2005), os instrumentos para intervenção terapêutica, passam pela gestão de sentimentos e de informação. Neste sentido, outro autor refere que é essencial a promoção da confiança/segurança, considerando estratégias de desmistificação e racionalização do processo (Wang, et al., 2020). A utente A2 não cumpria o regime terapêutico, quanto à administração de broncodilatadores, usando de forma abusiva o salbutamol com implicações na FC. Deste modo, foram feitos ensinamentos sobre a correta administração de broncodilatadores com câmara expansora, sendo reforçada esta intervenção (Couto, et al., 2021). No grupo A, priorizou-se a RFR, no entanto foi associada RFM conforme tolerância, sendo realizadas mobilizações, passivas, ativas e

resistidas e efetuado levante o mais precoce possível. Todas as técnicas referidas apresentaram melhorias significativas, ao nível da limpeza das vias áreas, do padrão respiratório, da capacidade funcional global e do potencial para o autocuidado.

Tendo em consideração os desafios psicossociais que influenciam os processos de adaptação e transição entre saúde e doença, foram elaborados planos personalizados para todos os utentes (OE, 2018 a). As intervenções tinham por objetivo capacitar os utentes para desenvolverem as suas capacidades físicas, emocionais e intelectuais, com vista a alcançar um nível mais elevado de autonomia e bem-estar, reduzindo a intervenção dos profissionais de saúde (Dias, et al., 2014). Os utentes reconheceram a pertinência do levante, assim como da estimulação cognitiva, como forma de atrasar o declínio funcional e cognitivo. No sentido de integrar novas abordagens na reabilitação do utente neurológico, é referido que, um programa de reabilitação enriquecido com música pode melhorar as funções motoras e cognitivas, assim como bem-estar emocional e qualidade de vida (Grau-Sánchez, et al., 2021). As estratégias de reabilitação desenvolvidas tiveram em conta os resultados esperados, assim como as metas a atingir. E foram desenvolvidas, no sentido de promover a autonomia, qualidade de vida, reintegração na comunidade, assim como a maximização dos recursos disponíveis (OE, 2018 a).

Em suma, considerando a reeducação funcional dos utentes e as necessidades reais encontradas, nos vários grupos, foi possível implementar as técnicas/intervenções adequadas referidas ao longo deste relatório. Este projeto de intervenção foi desenvolvido em articulação/cooperação com a equipa multidisciplinar, visando a concretização de objetivos específicos relativos a cada utente e integrando os cuidadores neste processo.

3. ANÁLISE REFLEXIVA DE COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Neste capítulo, será efetuada uma reflexão sobre as competências adquiridas ao longo deste percurso académico. De acordo com os Regulamento 140/2019, Regulamento 392/2019 e Decreto-Lei n.º 65/2018, serão abordadas as Competências Comuns de Enfermeiro Especialista, as Competências Específicas de EEER e as Competências de Mestre.

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O “*Enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (...)*” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4744).

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 (2019, p. 4744), e para que seja atribuído o título de Enfermeiro Especialista presume-se que para além “*(...) das competências enunciadas em cada um dos regulamentos da respetiva especialidade em enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (...)*”.

As competências comuns do enfermeiro especialista abrangem diversas dimensões, incluindo a educação dos utentes e dos seus pares, orientação, aconselhamento e liderança, assim como a responsabilidade de descodificar, disseminar e realizar investigação significativa e pertinente, visando aperfeiçoar e desenvolver a prática da enfermagem (Regulamento n.º 140/2019). Essas competências agrupam-se em quatro domínios distintos: o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; o domínio da melhoria contínua da qualidade; o domínio da gestão dos cuidados; e o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019).

“Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745)

O enfermeiro especialista, dentro da sua área de especialização, deve exercer uma prática profissional, ética e legal, em conformidade com as normas legais, princípios éticos e deontologia profissional. Também deve assegurar que suas práticas de cuidados respeitem os direitos humanos e suas responsabilidades profissionais (Regulamento 140/2019). O artigo 97º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro), descreve os deveres gerais dos membros efetivos da Ordem, e refere que o enfermeiro tem a obrigação de “*Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem.*” O artigo 99º, menciona que as intervenções de enfermagem devem ser “*(...) realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.*”, tendo como valores universais, a igualdade, a liberdade responsável, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade, assim como, a

competência e o aperfeiçoamento profissional. Pelo exposto, verifica-se que as competências do enfermeiro especialista, relacionam-se com as competências do enfermeiro de cuidados gerais.

O enfermeiro especialista, na sua intervenção deve conduzir a sua prática em tomadas de decisão ética, deontológica e jurídica, que lhe possibilitem escolher as respostas mais adequadas às necessidades identificadas, bem como às expectativas e preferências dos utentes e cuidadores (Regulamento n.º 140/2019). Desta forma, considerando o que foi mencionado anteriormente, a intervenção da estudante de especialidade de ER, fundamentou-se numa práxis, na qual as suas decisões foram baseadas em princípios, valores e normas deontológicas, com o objetivo de garantir e promover a proteção dos direitos humanos. Além disso, adotou-se uma conduta de respeito à dignidade dos utentes e cuidadores, garantindo a salvaguarda dos interesses e o anonimato dos utentes e suas famílias.

“Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745)

Para desenvolver competências neste campo, o enfermeiro especialista deve assegurar uma prática de excelência, participando ativamente na conceção, gestão e colaboração em programas de melhoria contínua. Neste contexto, o enfermeiro especialista desempenha um papel dinâmico no desenvolvimento da instituição e da equipa em que está inserido, ao mesmo tempo que promove um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento n.º 140/2019). Também é pertinente salientar que neste domínio o artigo 109º, alínea d), do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE), Lei n.º 156/2015, aborda a excelência no exercício profissional. Esta disposição estabelece que, na procura da excelência, o enfermeiro deve realizar uma avaliação regular do seu desempenho, ajustar normas de qualidade aos cuidados prestados, manter-se atualizado através de formação contínua e assegurar a qualidade dos cuidados prestados.

As intervenções implementadas no âmbito deste projeto tiveram em consideração os enunciados descritivos dos padrões de qualidade. A OE (2001), define-os como: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem. Para além dos enunciados descritos, também tiveram em consideração, o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em ER, onde o colégio de especialidade de ER, refere todos os enunciados descritivos mencionados e ainda acrescenta, a reeducação funcional e a promoção da inclusão social (OE, 2018 b). O desenvolvimento do plano de intervenção baseou-se em todos os enunciados acima descritos, desde a conceção até à prática.

Relativamente a este domínio, competências da melhoria contínua da qualidade, e de modo a sustentar os cuidados prestados na evidência científica mais atualizada e recomendada, foi realizada uma RSL. Neste sentido a OE, (2022), refere que a enfermagem, como qualquer disciplina, necessita de produção e de renovação contínua do seu corpo de conhecimento, sendo assegurado pela investigação. A ordem dos enfermeiros a pensar no desenvolvimento profissional dos seus membros, criou no seu site, uma nova área de investigação, onde concentra vários recursos ligados à investigação. No mesmo sentido, foi desenvolvida uma RSL com o título, “Intervenções de Enfermagem de Reabilitação que influenciam os ganhos sensíveis aos cuidados de reabilitação na capacitação da pessoa com alterações neurológicas dependente no autocuidado” e registada no Prospero International prospective register of systematic reviews no dia 31-01-2024, com o ID - CRD42024503884, que se encontra a aguardar publicação.

No que concerne a este domínio, no serviço de ortopedia realizei um poster com o título “Andar com Auxiliar de Marcha”, tendo sido apresentado à equipa, impresso e afixado no serviço, e que se encontra nos apêndices deste relatório. Este poster contou com a participação dos enfermeiros especialistas em reabilitação, com a enfermeira chefe e com a enfermeira responsável pela qualidade e formação no serviço. Sendo que, a última enfermeira verificou se as intervenções de enfermagem estavam regulamentadas pela OE e se faziam parte do SCLINICO, de modo a fazerem parte do processo e plano de cuidados do utente. Para além do que foi referido anteriormente, participei nos projetos dos orientadores com a produção de dados, relativamente às intervenções de enfermagem de reabilitação implementadas por este projeto e registadas no SCLINICO e no BSIMPLE, de modo a contribuir para o desenvolvimento de projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Durante os ensinamentos clínicos, realizei estudos de caso em todos os serviços onde estagiei, tendo sido discutida a seleção dos utentes com os orientadores dos respetivos campos de estágio. Além disso, também realizei planos de cuidados de utentes a quem prestei cuidados de enfermagem de reabilitação, sendo os mesmos, discutidos com os orientadores.

Por fim, uma das competências neste domínio diz respeito à promoção de um ambiente terapêutico seguro. Sendo que, o enfermeiro especialista deve promover um ambiente seguro e de proteção dos indivíduos durante a prestação de cuidados (Regulamento nº140/2019). No sentido, a assegurar uma prestação de cuidados segura, para o enfermeiro, utente e os seus cuidadores, foram selecionados recursos, como ajudas técnicas e assegurada a sua manutenção e integridade. Dentro destas ajudas, foi dada preferência a andarilhos, canadianas, cadeiras de rodas e cadeirões altos entre outros. Além disso, foram realizados ensinamentos ao utente e família sobre a correta

utilização dos mesmos, de modo a prevenir quedas. Também foram fornecidos folhetos informativos, com o intuito de reforçar o ensino e proporcionar ao utente a consulta de informação no domicílio, caso existia alguma dúvida ou esquecimento, uma vez que se trata de uma população idosa.

“Competências do domínio da gestão dos cuidados” (Regulamento n.º 140/2019, p.4745)

No que concerne às competências do domínio da gestão dos cuidados, o enfermeiro especialista deve demonstrar capacidades na coordenação dos cuidados de enfermagem que lhe são atribuídos, “(...) *otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.*” e a adaptação da “(...) *liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.*” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

Segundo a DGS (2015), para alcançar a melhoria constante dos cuidados de saúde, é necessário que estes sejam eficazes, seguros e que haja uma gestão eficiente dos recursos, tendo em consideração as necessidades e expectativas dos utentes. Neste sentido, Pontes e Santos (2017) referem que para alcançar a satisfação tanto dos utentes como dos profissionais, é essencial utilizar estratégias de gestão adequadas.

De acordo com Lopes, et al. (2018), os enfermeiros especialistas desempenham um papel crucial em qualquer sistema de saúde. Para além de que contribuem para melhorias em vários indicadores, como mortalidade, resultados clínicos, qualidade do atendimento e redução de custos associados, ainda garantem grande parte da prestação dos cuidados. Portanto, é justificado o investimento na capacitação desses profissionais.

Ao longo dos ensinamentos clínicos, foi possível colaborar com os diversos elementos da equipa multidisciplinar, tais como, médicos, assistentes operacionais, fisioterapeutas, assistentes sociais, terapeutas da fala e terapeutas ocupacionais, em especial no grupo B. Neste ensino clínico, o serviço não apresentou condições para ter enfermeiros exclusivamente a prestar cuidados de reabilitação, pelo que me proporcionou autonomia e a interação com outros profissionais, em especial com a fisioterapeuta que ia ao serviço e onde foi possível trocar experiências e conhecimentos. Nesta equipa multidisciplinar, houve uma colaboração mútua que resultou em momentos de partilha bastante enriquecedores. A coordenação e a gestão de recursos desempenharam um papel crucial nesse processo, permitindo uma intervenção mais adaptada às necessidades individuais de cada utente, com o objetivo de promover a sua melhoria funcional.

Neste domínio, a gestão do tempo de internamento é outro ponto a considerar, em especial no grupo C. Os utentes apresentavam internamentos muito curtos, cerca de 3 a 4 dias, e desta forma, o serviço apresentava uma grande rotatividade, sendo essencial gerir bem o tempo de modo a que todos os objetivos fossem alcançados. Neste sentido, era determinante começar os programas de reabilitação o mais cedo possível, respeitando sempre o período pós-operatório e tendo em mente que o tempo de internamento seria breve para os utentes. Deste modo, a educação para a saúde foi considerada uma parte fundamental do plano de intervenção elaborado para estes utentes. Também verifiquei, que este serviço estava muito bem organizado, de forma a dar resposta a esta questão, entre outros aspetos, tinham normas internas e folhetos com ensinamentos estruturados para todos diagnósticos de internamento, de forma a uniformizar ensinamentos e a rentabilizar tempo.

Também foi possível efetuar algumas referências para a RNCCI, como foi o caso da utente B2. Tratava-se de uma utente que vivia sozinha e os filhos não tinham condições para a receber, e no momento da alta, ainda não apresentava condições para retomar a condição social prévia. Essas referências visam encaminhar o utente para outras instituições, garantindo assim uma prestação contínua e integrada de cuidados de saúde e apoio social. Nesse sentido, o enfermeiro especialista desempenha um papel fundamental na procura da melhor solução para o utente e para a sua família, contribuindo para otimizar a resposta da sua equipa e promover a articulação com o sistema de saúde, conforme previsto na competência do domínio da gestão dos cuidados.

Assim, de acordo com a competência *“Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”*, a estudante de especialidade em ER assumiu algumas vezes, o papel de ponto de referência para esclarecer dúvidas e fornecer apoio na prestação de cuidados especializados de reabilitação dentro da equipa multidisciplinar. Além disso, houve também a necessidade de delegar algumas tarefas, para as quais se procurou transmitir toda a informação essencial, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados prestados.

“Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (Regulamento n.º 140/2019, p.4745)

As competências do enfermeiro especialista no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, devem fundamentar-se numa prática clínica especializada apoiada em evidências científicas. E assim desenvolver o seu autoconhecimento e assertividade (Regulamento n.º 140/2019).

Para o desenvolvimento desta competência, contribuiu o conhecimento transmitido ao longo das diversas unidades curriculares deste mestrado, bem como, a pesquisa realizada e a integração nos diferentes ambientes. Neste sentido, a RSL efetuada contribuiu para a incorporação de novos conhecimentos para a prática de cuidados de enfermagem. Para além disso, veio reforçar a pertinência da pesquisa ser feita em fontes fiáveis, na procura pela evidência científica atualizada que sustente a prática.

Ao longo deste percurso, foi preciso encontrar um equilíbrio adequado entre o conhecimento teórico e prático e a consciência das próprias limitações como enfermeira. Tendo sido assegurado a eficácia e a segurança dos cuidados prestados, com o intuito de alcançar os melhores resultados, tanto para os utentes em cuidados, como para manter os padrões elevados de qualidade da equipa na qual a estudante de especialidade em Enfermagem de Reabilitação (ER) estava integrada.

Por fim, a família desempenha um papel crucial na prestação de cuidados especializados, uma vez que a continuidade dos cuidados em casa exige um cuidador/família. Este facto representa um esforço significativo em termos físicos, emocionais, sociais e económicos. Nesse sentido, o enfermeiro desempenha um papel fundamental ao transmitir conhecimentos científicos ao cuidador/família, com o objetivo de aumentar a sua autoconfiança e competência. Tendo em consideração que o ER baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica.

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A reabilitação é uma especialidade multidisciplinar que compreende um corpo de conhecimentos e práticas destinadas a auxiliar indivíduos com doenças agudas, crónicas ou sequelas a alcançar o seu máximo potencial funcional e independência. Neste contexto, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), tem como objetivo principal promover o diagnóstico precoce e ações preventivas para preservar as capacidades funcionais dos utentes. Neste contexto, deve prevenir complicações e limitações, bem como fornecer intervenções terapêuticas para maximizar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades diárias. Assim como, minimizar o impacto das deficiências neurológicas, respiratórias, cardíacas, ortopédicas e outras incapacidades (Regulamento n.º 392/2019).

Portanto, as competências do EEER, incluem o cuidado a utentes com necessidades especiais, ao longo do ciclo vital, independentemente do ambiente da prestação de cuidados. Neste

sentido, capacita utentes com deficiência ou outras limitações para reintegrá-los na sociedade e exercer a sua cidadania, além de maximizar a funcionalidade e as capacidades dos mesmos (Regulamento n.º 392/2019).

“Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” (Regulamento n.º 392/2019, p. 13566)

De acordo com este regulamento, as competências do EEER destacam-se, no sentido que identifica:

(...) as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação em pessoas, de todas as idades, que estão impossibilitadas de executar atividades básicas, de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação da atividade e restrição de participação, de natureza permanente ou temporária (Regulamento n.º 392/2019, p. 13565).

Deste modo, o EEER, com o propósito de desenvolver, capacidades adaptativas, face às incapacidades verificadas, especialmente ao nível do autocuidado, concebe planos personalizados e programas de intervenção especializados (Regulamento n.º 392/2019).

Nos diversos ensinos clínicos, prestei cuidados de ER a utentes que apresentavam várias alterações da funcionalidade, devido a problemas respiratórios (grupo A), neurológicos (grupo B) e ortopédicos (grupo C), em ambiente hospitalar. De um modo geral, estes utentes pertenciam a várias faixas etárias, no entanto eram maioritariamente idosos. Contudo, cada utente apresentava um contexto de vida único, com diferentes situações sociais e profissionais, o que permitiu desenvolver planos de intervenção individualizados de acordo com suas necessidades e objetivos.

A avaliação da funcionalidade, de modo a diagnosticar alterações relativamente à mesma, é essencial para desenvolver um plano de reabilitação. Segundo Fonseca (2013), a avaliação da capacidade funcional deve utilizar uma linguagem internacional, facilitando a comunicação dos diversos problemas entre diferentes grupos profissionais e sistemas de saúde, visando a programação de cuidados e de políticas de saúde. Para este fim, foram escolhidos e aplicados dois instrumentos de avaliação, o IB e o instrumento ENCS, para sustentar a tomada de decisões clínicas e melhorar os cuidados prestados. A utilização desses instrumentos possibilitou a recolha de dados relevantes, permitindo identificar as necessidades de intervenção da população-alvo e os fatores que facilitam ou dificultam a realização das AVD (Regulamento n.º 392/2019).

De acordo com as necessidades específicas de cada utente, foram escolhidas as ajudas técnicas mais apropriadas para promover capacidades adaptativas, relativamente às suas

limitações. Nesse sentido, incluiu-se na seleção, andarilhos, canadianas, cadeiras/bancos de banho e cadeirões mais altos e adequados à limitação dos utentes.

Após a aplicação dos instrumentos de avaliação, referidos anteriormente, foram avaliados os resultados das intervenções implementadas. Neste sentido, foi possível analisar os ganhos em saúde a nível da autonomia, capacitação e qualidade de vida dos utentes que foram alvo dos cuidados de ER, baseado nos indicadores dos padrões de qualidade dos cuidados especializados de reabilitação (Regulamento n.º 392/2019).

“Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” (Regulamento n.º 392/2019, p. 13566)

De acordo com esta competência, o EEER avalia a *“(...) problemática da deficiência (...) tendo em vista o desenvolvimento e implementação de ações autónomas e ou pluridisciplinares de acordo com o enquadramento social, político e económico que visem a uma consciência social inclusiva.”* (Regulamento n.º 392/2019, p. 13567). Neste sentido, o EEER deve promover a adoção de recursos compensatórios que reduzam ou eliminem as dificuldades encontradas, através do desenvolvimento e implementação de programas de treino de AVD. Tendo em conta a recomendação e o treino de dispositivos compensatórios mais apropriados, o ER, maximiza a autonomia e a qualidade de vida (Regulamento n.º 392/2019).

No mesmo sentido, e considerando a individualidade de cada utente, necessidades e potencialidades para usar ajudas técnicas, foram sugeridos produtos de apoio e dispositivos compensatórios. Essa sugestão, tem como objetivo dar resposta às incapacidades encontradas, assim como promover capacidades adaptativas. Deste modo, selecionaram-se, andarilhos, canadianas, cadeiras/bancos de banho e cadeirões mais adequados. Essas ajudas foram vantajosas, tanto para os utentes como para os seus cuidadores, tendo em conta a continuidade de cuidados no domicílio.

Durante os ensinamentos clínicos, desenvolveram-se diversos planos de exercícios, que se encontram descritos anteriormente nos respetivos estudos de caso, e entregues folhetos informativos sobre os mesmos. Estes folhetos eram institucionais, encontram-se na Intranet do Centro Hospital, não sendo permitido facultar material de leitura aos utentes que não passe previamente por um longo processo de validação da comissão de qualidade. Os exercícios incidiam na reeducação funcional respiratória, manutenção ou aumento da força muscular e coordenação,

tendo com objetivo primordial, promover a autonomia, a capacitação dos utentes para a realização dos autocuidados.

Finalmente, também faz parte das competências do EEER, identificar as barreiras arquitetónicas e ergonómicas, uma vez que as mesmas influenciam a acessibilidade e limitam a segurança dos utentes. Neste sentido, integrei a equipa de enfermeiros de reabilitação do serviço de AVD, no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, onde estes profissionais prestam um serviço de excelência, tendo como objetivo atingir os melhores resultados, em termos de autonomia e independência, seguindo uma abordagem centrada no utente/família e na sua reintegração na sociedade. Nesses dias, foi possível observar as dinâmicas dos diversos serviços e participar nas intervenções de reabilitação ao doente neurológico. Na sala de AVD, encontravam-se simulados os diversos compartimentos de uma casa e os ER forneciam competências e estratégias compensatórias para melhorar a adaptação ao meio ambiente. Esses utentes normalmente passavam o fim de semana no domicílio com a família, e levavam fotografias da sua casa para que os ER observassem e dessem sugestões sobre obras e ajudas técnicas para a melhor adaptação no domicílio. Além disso, também emprestavam ajudas técnicas, tais como, tábuas de transferência, alteadores de sanita entre outros, para o utente experimentar a melhor opção e desta forma avaliar a adaptação no contexto real, antes de adquirir definitivamente. Durante os estágios, também realizei ensinamentos sobre ajudas técnicas, com maior incidência nos grupos B e C. Inclusivamente, muitas vezes recorri à internet para mostrar as diversas ajudas técnicas que existem no mercado e aconselhei sobre as vantagens e desvantagens das mesmas e sobre os critérios para escolher a melhor opção.

“Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (Regulamento n.º 392/2019, p. 13566)

De acordo com esta competência, o EEER interage *“(…) com a pessoa no sentido de desenvolver atividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais e assim permitir um melhor desempenho motor e cardio-respiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal.”* (Regulamento n.º 392/2019, p. 13567).

Neste sentido, é essencial que o EEER possua conhecimentos científicos validados e atualizados, sobre as funções cardíaca, respiratória e motora. De modo, a desenvolver programas de reabilitação que visem maximizar a funcionalidade e as capacidades do utente, ao nível dos

diversos sistemas, promovendo a atividade e o exercício físico, através de várias técnicas de reabilitação (Regulamento n.º 392/2019).

Relativamente aos planos de intervenção desenvolvidos para cada utente, foram concebidas intervenções para melhorar o desempenho motor e cardiorrespiratório. Por conseguinte, todas as intervenções foram explicadas, demonstradas e praticadas de forma clara, adaptadas às capacidades individuais de cada utente. Sendo que, o objetivo principal era garantir o envolvimento ativo e eficaz do utente no plano de intervenção (Regulamento n.º 392/2019). Tendo em conta a segurança do utente, os planos de intervenção implementados foram acompanhados de uma constante monitorização e sempre que necessário, os mesmos foram alterados com o utente, de modo a atingir os objetivos inicialmente definidos. (Regulamento n.º 392/2019).

Pode-se concluir que, após a implementação da intervenção de ER, foram constatados ganhos no score global de funcionalidade, especialmente no que diz respeito ao autocuidado. Portanto, a intervenção de ER contribuiu para a capacitação de utentes, previamente com alterações ao nível do seu autocuidado, tendo apresentado ganhos sensíveis aos cuidados de ER.

3.3.COMPETÊNCIAS DE MESTRE

De acordo com a deontologia profissional de enfermagem, o enfermeiro deve demonstrar conhecimentos científicos e técnicos atualizados e adequados, para exercer a sua profissão, de forma, a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, assim como a segurança dos utentes (Lei n.º 156/2015).

O Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto, menciona que para a obtenção do título de mestre, o profissional deve possuir competências que possibilitem aprofundar e desenvolver os conhecimentos adquiridos no 1º ciclo de estudos. Assim, com este mestrado, foram adquiridas competências de investigação e clínicas, nos contextos teórico-práticos, resultantes dos processos de cooperação com docentes, supervisores clínicos e enfermeiros chefes/responsáveis das unidades de cuidados. Essa colaboração concebeu condições e oportunidades para a aprendizagem, reflexão e mudança, alinhadas com os requisitos académicos do EEER e de mestre.

No mesmo seguimento, o Decreto-Lei nº 65/2018 de 16 de agosto, também menciona que para a obtenção de mestre, o profissional deve apresentar capacidades para lidar com situações complexas, formular juízos mesmo perante informações limitadas ou incompletas, e refletir sobre as responsabilidades e implicações éticas e sociais decorrentes dos problemas identificados e das soluções encontradas. Tendo em consideração o mencionado anteriormente, o EEER, deve ser

capaz de articular os conhecimentos em enfermagem, considerando os conhecimentos adquiridos nas diversas unidades curriculares e os trabalhos realizados com rigor científico. O EEER, quanto à necessidade de tomada de decisão, pode desempenhar um papel de destaque na equipa, sendo capaz de analisar criticamente as situações de diversos ângulos e ajustar os cuidados conforme a necessidade. Essa capacidade de análise está fundamentada numa prática baseada na evidência, permitindo avaliar se as evidências encontradas são aplicáveis à situação e ao utente em questão.

Conforme mencionado anteriormente, este percurso termina com a elaboração deste relatório de estágio. Ao longo deste processo, foram realizadas diversas pesquisas, sempre priorizando a utilização da evidência científica mais recente e rigorosa disponível, com o intuito de fornecer cuidados de enfermagem especializados de excelência.

CONCLUSÃO

Este capítulo refere-se à finalização do Relatório de Estágio, uma etapa que possibilitou a aquisição e desenvolvimento de competências, ao integrar os conhecimentos teóricos e práticos de enfermagem de reabilitação. No que concerne ao ensino clínico, este período decorreu em três contextos distintos, cada um com populações alvo e necessidades específicas, o que, por conseguinte, teve um papel ativo no meu desenvolvimento tanto pessoal como profissional.

A sociedade está em permanente evolução, impulsionada pela inovação tecnológica das últimas décadas. Paralelamente, o envelhecimento da população e o aumento das comorbilidades são factos cada vez mais evidentes, desafiando os profissionais de saúde na prestação de cuidados holísticos. Neste contexto, o EEER destaca-se como o profissional melhor capacitado para lidar com as mudanças fisiológicas inerentes à transição entre saúde e doença.

Todos os indivíduos necessitam de manter a qualidade de vida e bem-estar, no entanto, durante o processo de envelhecimento a capacidade de realizar atividades de autocuidado encontra-se diminuída, o que pode comprometer o desenvolvimento de ações indispensáveis à manutenção da vida.

A realização de uma RSL contribuiu significativamente para a aquisição de conhecimentos, assim como, para assegurar uma fundamentação científica atualizada para este projeto de intervenção, culminando na formulação e subsequente implementação de intervenções mais eficazes. Também possibilitou uma prática baseada na evidência científica mais atual, proporcionando resultados positivos obtidos na população-alvo com alterações neurológicas e dependência no autocuidado.

O EEER, de acordo com as suas competências especializadas, identifica as necessidades de intervenção, tendo em conta a otimização de funções e a aquisição de estratégias adaptativas, visando o autocuidado e a capacitação para a realização das AVD.

Este projeto foi elaborado utilizando uma abordagem descritiva e exploratória, fundamentada na metodologia qualitativa de estudos de caso múltiplos proposta por Yin (2018). Essa metodologia permitiu investigar um fenómeno social complexo em situação real, analisar e comparar resultados e extrair conclusões relevantes a partir dessas análises comparativas.

Os utentes que participaram neste programa de intervenção foram avaliados com recurso à escala de avaliação ENCS, baseada na Teoria de Médio Alcance de Lopes (2005) e no modelo de autocuidado de Fonseca (2013), que se baseava na teoria de défice de autocuidado de Orem (2001). Sendo também utilizado o índice de Barthel. As duas escalas apresentam resultados fidedignos, uma vez que são instrumentos de avaliação validados para a população portuguesa. Verificou-se um aumento significativo da funcionalidade global, com maior incidência no domínio autocuidados, assim como uma diminuição da dependência, relativamente à realização das AVD.

Os resultados obtidos destacam a importância da intervenção do EEER na melhoria da funcionalidade da pessoa. Neste sentido, a capacitação para os autocuidados, assim como a readaptação à nova condição, conduz a um aumento da qualidade de vida. Por conseguinte, pode-se concluir que os programas de RFR e RFM associados, assim como de reabilitação cognitiva traduzem-se em ganhos ao nível do autocuidado e da funcionalidade

O projeto implementado cumpriu os objetivos inicialmente propostos ao identificar e implementar intervenções de cuidados de reabilitação à pessoa com patologia do foro neurológico, utilizando como base o modelo de autocuidado proposto. Foi elaborado um enquadramento concetual da problemática em estudo, seguido da elaboração de um programa de reabilitação adaptado a cada pessoa e situação. Tendo resultado em ganhos relacionados com a prestação cuidados de enfermagem de reabilitação, na saúde das pessoas que participaram neste programa, assim como no desenvolvimento de competências de EEER e mestre.

Durante a implementação deste projeto, verificou-se o desenvolvimento de competências de EEER e mestre. De acordo com as diversas áreas de intervenção, foram prestados cuidados de ER à pessoa com patologia respiratória, neurológica e ortopédica, sendo planeados e implementados programas de intervenção específicos para cada área de cuidados. Estes programas resultaram em ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação. Tendo em consideração as estratégias adaptativas implementadas, foram observadas melhorias ao nível dos

autocuidados, refletindo-se num aumento da autonomia e conseqüentemente, na reintegração na comunidade com uma melhor qualidade de vida.

Ao longo deste percurso, encontrei dificuldades e limitações, começando logo pelo tema escolhido. Na área neurológica, não existem muitas publicações nas bases de dados, o que dificultou a pesquisa para realização da RSL. Foram efetuadas várias pesquisas e aquando a leitura dos artigos, em alguns casos, tratavam-se de protocolos de atuação, não apresentando resultados. Além disso, quando escolhi o tema, estava previsto realizar o estágio final, durante as 16 semanas num serviço de medicina e aí aplicar o projeto. Quando se definiram os 3 campos de estágio, resolvi realizar estudos de caso nas 3 áreas de intervenção, embora no SMI e no serviço de ortopedia não tenha encontrado utentes do foro neurológico. No período que passei pelo serviço de medicina, a maior parte dos utentes eram da área respiratória e oncológica, sendo muito difícil eleger utentes para aplicar este projeto. Deste modo, dos 7 estudos de caso realizados, apenas 3 são da área neurológica, sendo a amostra pouco representativa, o que não permite a generalização dos resultados. Porém permite a comparação dos resultados da intervenção do EEER do doente neurológico com os outros utentes do foro ortopédico e cardiorrespiratório.

Por outro lado, no contexto de estágio de medicina, os enfermeiros de reabilitação, devido à falta de elementos, encontravam-se distribuídos para a prestação de cuidados gerais, o que não permitiu observar muitas das suas intervenções, enquanto enfermeiros especialistas. E também, os mesmos não apresentavam motivação para acompanhar o meu percurso de estágio. No entanto, considero que esta adversidade, permitiu o desenvolvimento da minha autonomia, e a interação com a equipa multidisciplinar. Neste estágio, tendo como instituto o benefício do utente, houve uma excelente articulação com a fisioterapeuta do serviço, o que proporcionou uma complementaridade entre os nossos cuidados e a troca de experiências e impressões. O serviço social do serviço, também é imprescindível, sendo desenvolvido um excelente trabalho no encaminhamento do utente e muito bem organizado em termos de equipa. A disponibilidade e articulação com a classe médica foi muito boa, possibilitando trocar experiências quanto à avaliação e progressos do utente, em especial relativamente à auscultação pulmonar, sempre que surgia alguma dúvida da minha parte.

Terminada mais uma etapa, apesar de todas as dificuldades ao longo deste percurso, é também com orgulho que me deparo com a sua conclusão. Pois, este processo proporcionou-me uma evolução tanto profissional como pessoal, com a aquisição de novos conhecimentos e aprendizagens. Assim, comprometo-me a desempenhar um papel ativo e dinâmico na minha área de especialização em ER, procurando sempre a melhoria contínua na minha prática profissional.

E termino com o pensamento com que iniciei este relatório, como refere o autor Antoine de Saint-Exupéry “*Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós*”. E agora, discordando um pouco do autor supracitado, nesta caminhada, passaram muitas pessoas que nunca vou esquecer pela positiva e que não “*Deixam um pouco de si*”, mas sim, muito de si.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, F., María, E., Toledano, S., García, C., Tapia, M., Barrero, J., Casas, A., & Pérez, M. (2021). Effectiveness of a Functional Rehabilitation Program for Upper Limb Apraxia in Poststroke Patients: A Randomized Controlled Trial. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation (ARCH PHYS MED REHABIL)*, May2021; 102(5): 940-950. (11p) DOI: 10.1016/j.apmr.2020.12.015
- Amaral, A. (2010). A efectividade dos cuidados de enfermagem - modelos de análise. *Revista Investigação em Enfermagem*, 21, 96-105. https://www.researchgate.net/publication/289539696_A_Efetividade_Dos_Cuidados_De_Enfermagem_Modelos_De_Analise/citation/download
- American Psychological Association [APA]. (2020). Publication manual of the American Psychological Association: The official guide to APA style (7ª edição).
- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de Idosos não Institucionalizados. *Qualidade de Vida*, 25(2), 59-66. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/15740>
- Araújo, I. (2010). Cuidar da família com um idoso dependente: Formação em enfermagem. (Tese de doutoramento, Universidade do Porto). Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/45001/2/TeseDoutIsabel.pdf>
- Araújo, P., Soares, A., Ribeiro, O., & Martins, M. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema nervoso. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (1ª., p. 164–233). Lisboa: Lidel
- Branco, JP., Oliveira, S., Sargento, J., Laíns, J., & Pinheiro, J. (2019). Assessing functional recovery in the first six months after acute ischemic stroke: a prospective, observational study. *European journal of physical and rehabilitation medicine* [Eur J Phys Rehabil Med] 2019 Feb; Vol. 55 (1), p. 1-7. Date of Electronic Publication: 2018 May 14. DOI: 10.23736/S1973-9087.18.05161-4

- Brito, A. (2013). A Reconstrução da Autonomia após um Evento Gerador de Dependência no Autocuidado – Uma Teoria Explicativa (Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa). Veritati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/12617>
- Cantürk, T., Doğan, M., Deniz, D., Öcal, N., & Yakup, A. (2021). Effect of pulmonary rehabilitation on patients with severe and very severe COPD and emphysema. *Medical Journal of Bakirkoy*, 17(2), 121-124. <https://doi.org/10.4274/BMJ.galenos.2021.04127>
- Chaudhuri, K. R., Bhidayasiri, R., & Laard, T. (2016). Unmet needs in Parkinson's disease: New horizons in a changing landscape. *Parkinsonism & Related Disorders*, 33, 52-58. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1353802016304631>
- Centro Hospitalar Médio Tejo [CHMT] (2022) Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde 2022. https://www.chmt.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/27/2023/03/Relatorio-do-Acesso-2022_CHMT.pdf
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida [CNECV] (2018) Integridade na investigação científica. Recomendação. https://www.cnecv.pt/pt/deliberacoes/recomendacoes/integridade-na-investigacao?download_document=8885&token=ad2aa3079891a6d6dc9556ee18bde5f5
- Coelho, C., Barros, H., & Sousa, L. (2017). Reeducação da Função Sensoriomotora. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Utente ao Longo da Vida* (p. 227–252). Lusodidacta.
- Collière, M. (2003). *Cuidar...A Primeira Arte da Vida* (2ª edição). Lusociência
- Cordeiro, M., & Menoita, E. (2012). *Manual de boas práticas na Reabilitação Respiratória: conceitos, princípios e técnicas*. Lusociência
- Costa, P., & Nunes, A. (2020). Os cuidadores informais como resposta eficaz no cuidado ao idoso dependente: condicionantes da sobrecarga, necessidades e empowerment. In Faria, M., Ramalho, J., Nunes, A. & Fernandes, A. (Eds.), *Visões sobre o envelhecimento* (p.65-78). IPBeja <https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/20.500.12207/5193/4/VIS%C3%95ES%20SOBRE%20O%20ENVELHECIMENTO.pdf>
- Couto, G. (2012). Autonomia/Independência no Autocuidado Sensibilidade aos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/9323>
- Couto, G., Silva, R. P., Mar, M. J., & Gomes, B. (2021). Processo de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Utente Adulta/Idosa com Compromisso do Sistema Cardiorrespiratório. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (p. 234–280). Lidel

- Cruz, A. G., Sá, M. R. C., Conceição, V., Castro, J. R., Baixinho, C. L., & Sousa, L. (2021). A Pessoa com Doença Músculo Esquelética In C. Marques-Vieria & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (p. 761-785). Lusodidacta.
- Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto da Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República I Série, n.º 157. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
- Decreto-Lei n.º 101/ 2006 de 6 de junho do Ministério da Saúde. Diário da República I Série – A, n.º 109. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>
- Decreto-Lei n.º 102/2023 de 7 de novembro do Ministério da Saúde. Diário da República n.º 215/2023, Série I de 2023-11-07. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>
- Decreto-Lei n.º 47344/1966 de 25 de novembro do Ministério da Justiça - Gabinete do Ministro (1966). Diário da República I Série – A, n.º 274. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/47344-1966-477358>
- DGS (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*. Direção-Geral da Saúde. <https://catalogo.inr.pt/documents/11257/0/CIF+2004>
- DGS (2006). *Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas - Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Direção Geral da Saúde. <https://pns.dgs.pt/files/2015/08/Programa-Nacional-para-a-Sa%C3%BAde-das-Pessoas-Idosas.pdf>
- DGS (2009). *Circular normativa n.º 40A/DSPCD: Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)*. Direção Geral de Saúde. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/CircularDGS40A_DSPCD_27Out2009.pdf
- DGS (2011 a). Norma n.º 054/2011. *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. Direção Geral de Saúde. https://ordemosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Acidente_Vascular_Cerebral__Prescricao_de_Medicina_F%C3%ADsica_e_de_Reabilitacao.pdf
- DGS (2011 b). *Orientação n.º 017/2011: Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)*. Direção Geral de Saúde. https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_017.2011%20DE%20MAIO.2011.pdf
- DGS (2015). *Plano nacional de saúde: Revisão e extensão a 2020*. Direção Geral de Saúde. <https://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

- DGS (2019). *Orientação n° 008/2019: Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. Direção Geral de Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>
- Dias, C., Rosa, A., & Pinto, A. (2014). Atividades de Ocupação Terapêutica- Intervenções de Enfermagem Estruturadas em Reabilitação Psicossocial. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (11), 15-23.
- Diz, A. (2021). A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na capacitação da utente com défice de mobilidade para o autocuidado transferir-se. (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Beja). <https://hdl.handle.net/20.500.12207/5563>
- Dong, J., Li, Z., Luo, L., & Xie, H. (2020). Efficacy of pulmonary rehabilitation in improving the quality of life for patients with chronic obstructive pulmonary disease: Evidence based on nineteen randomized controlled trials. *International Journal of Surgery*, 73, 78-86. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2019.11.033>
- Doran, D.M. (2011). Nursing Outcomes. *The State of the Science* (2ª edição). Toronto: Jones & Bartlett Learning. <https://www.amazon.com/Nursing-Outcomes-Diane-M-Doran/dp/0763783250>
- Duc Nguyen M, Van Tran T, Vinh Nguyen Q, Khac Nguyen N, Truong Vu S, Trong Nguyen L, & Vu Phuong Dang L. (2023) Effectiveness on post-stroke hemiplegia in patients: electroacupuncture plus cycling electroacupuncture alone. *J Tradit Chin Med*. Apr;43(2):352-358. doi: 10.19852/j.cnki.jtcm.2023.02.006. PMID: 36994524; PMCID: PMC10012188.
- Ferreira, M. (2013). Ser Cuidador da Utente com Doença Avançada em Contexto Comunitário: Perceções e Vivências. (Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto). Repositório aberto da Universidade do Porto. <https://core.ac.uk/download/pdf/302910977.pdf>
- Fonseca, C. (2013). Modelo de Autocuidado Para Utentes com 65 e Mais Anos de Idade, Necessidades de Cuidados de Enfermagem. (Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa). Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/12196>
- Fonseca, L. (2021) Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. <https://www.spmi.pt/o-avc-e-a-principal-cao-de-morte-e-incapacidade-em-portugal/>
- Fortin, M., Côte, J., & Fillion, F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidata.
- Freitas, M. J., Parreira, P. M., & Domingues, J. P. (2016). Avaliação das propriedades psicométricas da Escala Satisfação do Cliente com os Cuidados de Enfermagem no Hospital. *Revista de Enfermagem Referência*, 4, 9-17. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16031>
- Gonçalves, P., Fonseca, C., Oliveira, H., & Ribeiro, R. (2023). Efficacy of a structured home-

based rehabilitation program, to people aged 65 and older: Systematic Literature Review with Meta-analysis. www.mdpi.com/journal/healthcare

- Grau-Sánchez, J., Segura, E., Sanchez-Pinsach, D., Raghavan, P., Münte, T., Palumbo, A., Turry, A., Duarte, E., Särkämö, T., Cerquides, J., Arcos, J., & Rodríguez-Fornells, A. (2021). Enriched Music-supported Therapy for chronic stroke patients: a study protocol of a randomised controlled trial: *BMC Neurology*. 1/12/2021, Vol. 21 Issue 1, p1-16. 16p. DOI: 10.1186/s12883-020-02019-1
- Griffin-Musick, J., Off, C., Milman, L., Kincheloe, H., & Kozlowski, A. (2021). The impact of a university-based Intensive Comprehensive Aphasia Program (ICAP) on psychosocial well-being in stroke survivors with aphasia. *Aphasiology*, 35(10), 1363-1389. <https://doi.org/10.1080/02687038.2020.1814949>
- Hawkins, R. J., Swanson, B., & Kremer, M. J. (2014). Content validity Testing of Questions for a Patient Satisfaction With General Anesthesia Care Instrument. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 29, 28-35. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2013.05.011>
- Herrera, AK., Gibraltar A., Torres, R., & Martínez, D. (2023) Effect of rehabilitation on functionality/quality of life in stroke due to COVID-19. *Revista medica del Instituto Mexicano del Seguro Social* [Rev Med Inst Mex Seguro Soc] 2023 Jan 02; Vol. 61 (1), p. 8-14. Date of Electronic Publication: 2023 Jan 02. ID: PMC10395903
- Hertel-Joergensen, M., Abrahamsen, C., & Jensen, C. (2018). Translation, adaptation and psychometric validation of the Good Perioperative Nursing Care Scale (GPNCS) with surgical patients in perioperative care. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 29, 41-48. <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2018.03.001>
- Hong, I., Goodwin, J., Reistetter, T., Kuo, YF., Mallinson, T., Karmarkar, A., Lin, L., & Ottenbacher, J. Comparison of Functional Status Improvements Among Patients With Stroke Receiving Postacute Care in Inpatient Rehabilitation vs Skilled Nursing Facilities. *JAMA Network Open* 12/4/2019; 2(12): e1916646-e1916646. (1p) DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2019.16646
- ICN (2015). CIPE®-Classificação internacional para a prática de enfermagem: Versão 1.0. Loures: *Lusociência*
- INE (2021, dezembro 16). Censos 2021- Divulgação dos resultados provisórios. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUES-dest_boui=526271534&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUES_dest_boui=526271534&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt)
- Instituto Nacional de Estatística (2022, junho 15) Estimativas de População Residente, Portugal, NUTS I, II e III e Municípios Exercício AD HOC 2020 E 2021. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=540837471&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

- Instituto Nacional de Estatística (2020, março, 31) Projeções de População Residente 2018-2080 https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística (2023, abril) Estatísticas da saúde 2021 ISSN 2183-1637 ISBN 978-989-25-0599-2. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOE_Spub_boui=11677508&PUBLICACOESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística, INE (2024, março, 19) Índice de envelhecimento e dependência. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0012278&contexto=bd&selTab=tab2
- Joanna Briggs Institute (2021), Critical Appraisal Tools - Joanna Briggs Institute, <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
- Johar, MN., Mohd, Nordin, NA., & Abdul, Aziz AF. (2022). The effect of game-based in comparison to conventional circuit exercise on functions, motivation level, self- efficacy and quality of life among stroke survivors. *Medicine (Baltimore)* 2022 Jan 14; Vol. 101 (2), pp. e 28580. DOI: 10.1097/MD.00000000000028580
- Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, 2ª alteração ao Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República n.º 181/2018, Série I. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Lista, A. (2018). Ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, à pessoa dependente no autocuidado com comorbilidade. (Dissertação de Mestrado, Universidade de Évora). Repositório da Universidade de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/23658>
- Lopes, M. (2005). Os clientes e os enfermeiros: construção de uma relação. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 39 (2), 220-228. <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/KknMnBZhjHkwHTFsbd7fFbt/?lang=pt>
- Lopes, M. (2006). A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica: proposta de uma teoria de médio alcance. Coimbra: *Formasau*.
- Lopes, M. (2021). Desafios de Inovação em Saúde: Repensar os Modelos de Cuidados ISBN: 978-972-778-213-0 DOI: <https://doi.org/10.24902/uevora.24>
- Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Almada-Lobo, B. (2018). Os Cuidados de Enfermagem Especializados como Resposta à Evolução das Necessidades em Cuidados de Saúde. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inescotecabril2018.pdf

- Lopes, M. J., & Fonseca, C. (2013). Processo de Construção do Elderly Nursing Core Set. *Journal of Aging & Innovation*, 2(1), 121–131. <https://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/9-Nursing-elederly-core-set-.pdf>
- Lourenço, M., Faria, A., Ribeiro, R., & Ribeiro, O. (2021). Processo de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa Adulta/Idosa com Compromisso do Sistema Musculoesquelético. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (p. 281–328). Lidel
- Lourenço, M. (2015). A Promoção da Autonomia da Pessoa Dependente para o Autocuidado: Um modelo de Intervenção de Enfermagem em Cuidados Continuados. (Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa). <http://hdl.handle.net/10400.14/20685>
- Louro, M. (2009). Cuidados Continuados no Domicílio. (Tese de Doutoramento, Universidade do Porto). Repositório aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26337/2/tese%20doutoramento%20revista.pdf>
- Mahoney, F. I. & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: the Barthel index. *Maryland state medical journal*, 14(2), 61-65. <https://doi.org/10.1037/t02366-000>.
- Meleis, Al., Sawyer, LM., Im, EO., Hilfinger Messias, DK., & Schumacker, K. (2000). Experiencing transition: Na emerging middle range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. DOI: 10.1097/00012272-200009000-00006
- Meleis, A. I. (2010). Transitions theory: Middle- Range and situation specific theories in nursing and practice. *New York: Springer Publishing Company* https://taskurun.wordpress.com/wp-content/uploads/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf
- Melnyk, BM., & Fineout-Overholt, E. (2005). Evidence-based practice in nursing & healthcare. *A guide to best practice. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.* p. 3-24
- Mendonça, S., & Lopes, M. (2021). Raciocínio Clínico dos Enfermeiros que trabalham no serviço de urgência (Tese para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem). https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/49995/1/ulsd736572_td_Susana_Mendon%C3%A7a.pdf
- Menoita, E. (2012). Reabilitar a pessoa idosa com AVC: *Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência
- Messekar, D. (2012). Nursing standard of practice protocol: family caregiving. <https://consultgeri.org/geriatric-topics/family-caregiving>
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L. (2014). *Nursing outcomes Classification: (NOC)* (3ª edição). St. Louis, MO: Mosby

- Moreira, A., Neves, H., Lucas, N., Silva, R., & Galante, S. (2021). Programa para reeducação da função alimentar. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (p. 550–563). Lidel
- Multidimensional Integrated Assessment Platform for Elderly (2022). <https://www.mi-ape.me/login>
- Nunes, A. M. (2017). Envelhecimento ativo em Portugal: desafios e oportunidades na saúde. *Revista Kairós Gerontologia*, 20(4), 49-71. <https://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i4p49-71>
- Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação de Enfermagem*. https://comun.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf
- Ocal, M., Alaca, N., & Canbora., K. (2020). Does Upper Extremity Proprioceptive Training Have an Impact on Functional Outcomes in Chronic Stroke Patients? *Medeniyet Medical Journal*. 2020, Vol. 35 Issue 2, p91-98. 8p. DOI: 10.5222/MMJ.2020.48752
- OE (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- OE (2013). Guia Orientador de Boas Práticas: Cuidados à Pessoa com Alterações da Mobilidade – Posicionamentos, Transferências e Treino de Deambulação. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8897/gobp_mobilidade_vf_site.pdf
- OE (2015 a). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. *Ordem dos Enfermeiros*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf
- OE (2015 b) Assembleia do colégio da especialidade de Enfermagem de Reabilitação: Core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação. *Ordem dos Enfermeiros*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Core_Indicadores_por_Categoria_de_Enunciados_Descrit_PQCER.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015 c). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- OE (2016). Enfermagem de Reabilitação: Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

- OE (2018 a). Bilhetes de Identidade dos Indicadores que Integram o Core de Indicadores por Categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5443/enfermagemreabilitacao.pdf>
- OE (2018 b). Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação: Padrões de Qualidade Especializados em Enfermagem de Reabilitação. *Ordem dos Enfermeiros*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf
- OE (2018 c). Guia Orientador de Boa Prática - Reabilitação Respiratória. *Ordem dos Enfermeiros*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf
- OMS (2021). Índice de massa corporal – IMC. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/body-mass-index>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11871/1356513568.pdf>
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice*.
- Oyake, K., Sue, K., Sumiya, M., & Tanaka, S. (2023). Physical Therapists Use Different Motivational Strategies for Stroke Rehabilitation Tailored to an Individual's Condition: A Qualitative Study. *Phys Ther*. 2023 Jun 5;103(6): pzad034. doi: 10.1093/ptj/pzad034. PMID: 37017336; PMCID: PMC10313347.
- Pereira, R. S., Martins, M. M., Machado, W. C. A., Pereira, A. I., Pereira, A. M., & Chesani, F. H. (2020). Cuidados de enfermagem para a inclusão social da utente com deficiência física adquirida: Revisão Integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 86-95. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.13.5827>
- Pereira, R. (2017). Enfermagem Baseada na Evidência: Um Desafio, uma Oportunidade. In C. Vieira-Marques & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (1ª., p. 101–111). Lusodidacta.
- Petronilho, F., Margato, C., Mendes, L., Areias, S., Margato, R., & Machado, M. (2021). O Autocuidado como Dimensão Relevante para a Enfermagem de Reabilitação. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (p. 67–75). Lidel
- Petronilho, F., & Machado, M. (2017). Teorias de Enfermagem e Autocuidado: Contributos para a Construção do Cuidado de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida*. (1ª., p. 3–14). Lusodidacta.

- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito central da enfermagem*. Coimbra: Formasau
- Pinheiro, P., Cabeleira, P., Campo, L., Corrêa, S., Blauth, G., & Cechetti, F. (2021) Effects of aerobic cycling training on mobility and functionality of acute stroke subjects: A randomized clinical trial. *NeuroRehabilitation (NeuroRehabilitation) 2021*; Vol. 48 (1), p. 39-47. DOI: 10.3233/NRE-201585
- Pinto, P. (2019). *Influência do ambiente de prática na individualização dos cuidados e nos cuidados omissos* (Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra). <https://hdl.handle.net/10316/90005>
- Plano Nacional de Saúde 2021-2030 Saúde Sustentável: de todas para todas. https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf
- Pontes, M. M., & Santos, A. (2017). A Gestão de Serviços de Enfermagem de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (p. 89–100). Lusodidacta.
- PORDATA (2022), estatísticas sobre Portugal e a Europa Nacional de Estatística, <https://www.pordata.pt/europa/indice+de+dependencia+de+idosos-1929>
- Regulamento n.º 392/2019 de 3 de maio. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, 2ª Série, 85, 13565–13568. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República: Série II de 2019-02-06, n.º 26/2019, 4744-4750. Ordem dos Enfermeiros. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Ramos, S., & Cunha, M. (2022). Comunicação Segura na Implementação de Cuidados de Enfermagem: Nível de Conhecimento dos Enfermeiros sobre a Metodologia ISBAR. <https://doi.org/10.48492/servir0203.27163>
- Reis, G (2018). O adulto com dependência assistido nos autocuidados no domicílio. In M. Mayor, C. Sequeira, & G. Reis (Eds.), *Visita Domiciliária*. (p. 119–140). Repositório Universidade de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/25074>
- Reis, G., & Bule, M. J. (2017). Capacitação e Atividade de Vida. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao Longo da Vida* (p. 57–66). Lusodidacta
- Reis, G., Bule, M. J., Sousa, L. M. M. de, Marques-Vieira, C., & Ribeiro, O. (2021). Enfermagem de Reabilitação na Idade Adulta e Velhice. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (p. 154–163). Lidel

- Relatório Anual Sobre o Acesso a Cuidados de Saúde 2022 (RASACS, 2022). https://www.chmt.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/27/2023/03/Relatorio-do-Acesso-2022_CHMT.pdf
- Ribeiro, O., Moura, M., & Ventura, J. (2021). Referenciais teóricos orientadores de exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (1ª., p. 48–57). Lisboa: Lidel.
- Ribeiro, O., Pinto, C., & Regadas, S. (2014). A Pessoa dependente no autocuidado: implicações para a Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(1), 25-36. <https://dx.doi.org/10.12707/RIII12162>
- Riecke, F., Bauer, L., Polzer, H., Baumbach, S. F., Neuerburg, C., Bocker, W., Grill, E., & Saller, M. M. (2024). Effects of medical interventions on health-related quality of life in chronic disease-systematic review and meta-analysis of the 19 most common diagnoses. *Frontiers in Public Health* 12, 1313685. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1313685>
- Rocha, A., Antunes, E., Silva, P. & Farinha, T. (2016). Terapêutica de posição na pessoa com patologia ortopédica: artroplastia. In M. J. Lourenço, Ó, Ferreira, & C. L. Baixinho (Eds.). *Terapêutica de Posição – Contributo para um Cuidado de Saúde Seguro*. (p. 345-347). Loures: Lusodidacta.
- Rocha, L. S., Pelzer, M. T., Gautério, D. P., Barlem, E. L. D., Gomes, G. C., Lange, C., Portella, M. R., & Seiffert, M. A. (2020). Intervenções de enfermagem para manutenção/recuperação da capacidade funcional da pessoa idosa hospitalizada: revisão sistemática da literatura. *Re-vista Kairós-Gerontologia*, 23(4). <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2020v23i4p279-299>
- Rocheta, J. (2018). Indicadores de Qualidade em Unidade de Cuidados Intensivos. *Escola Nacional de Saúde Pública*, (Dissertação de Mestre em Gestão em Saúde). <https://run.unl.pt/bitstream/10362/68138/1/RUN%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Joana%20Rocheta.pdf>
- Roper, N., Logan, W., & Tierney, A. (2001). *O modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney*. Lisboa: Climepsi
- Roper N, Logan W, & Tierney AJ. (1995). *Modelo de enfermagem* (3ª edição). Lisboa (PO): McGraw-Hill;
- Santos, B. P., Amorim, J. S. C., Poltronieri, B. C., & Hamdan, A. C. (2021). Associação entre limitação funcional e déficit cognitivo em pacientes idosos hospitalizados. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 29. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO2101>
- Santos, L. (2017). O Processo de Reabilitação. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (p. 15-24). Lusodidacta

- Saraiva, D. (2011). O Olhar dos e pelos Cuidadores: Os Impactos de Cuidar e a Importância do Apoio ao Cuidador. (Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra). <https://hdl.handle.net/10316/17858>
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora
- Silva, A. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 25 (1), 11-19 <https://www.scienceopen.com/document?vid=013619d4-20f6-4763-a002-686bf1a249e5>
- Silva, N., Farias, D., Bezerra, F., Ferreira, L., & Carvalho, P. (2018). Teorias de Enfermagem aplicadas no cuidado a pacientes oncológicos: Contributos para uma prática clínica do Enfermeiro. *Revista Uningá*, <https://revista.uninga.br/uninga/article/view/1385/1685>
- Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Barbosa, L., Araújo, T., Ribeiro, O., & Bettencourt, M. (2019). Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para Enfermagem de Reabilitação. *Revista Investigação em Enfermagem*, 26, 35-44. https://www.sinaisvitais.pt/images/stories/Rie/RIE26_s2.pdf
- Silva, S. (2017). Cuidados de enfermagem à pessoa com doença neurológica degenerativa. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao Longo da Vida* (p. 475–486). Lusodidacta
- SNS- serviço nacional de saúde- *Retrato da Saúde 2018*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf
- Sousa, E. S. (2011). A família: Atitudes do enfermeiro de reabilitação. (Dissertação de Mestrado), *Escola Superior de Enfermagem do Porto*. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/9365>.
- Sousa, L. & Carvalho, M. L. (2017). Pessoa com osteoartrose na anca e joelho em contexto de internamento e ortopedia. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (p. 405-420). Lusodidacta
- Sousa, L., & Marques-Vieira, C. (2017). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida. Loures: Lusodidacta
- Sousa, L., Martins, M. M., & Novo, A. (2020). A enfermagem de reabilitação no empoderamento e capacitação da utente em processos de transição saúde-doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 63-68. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763>
- Teasdale, G. (2014). Forty Years On: Updating the Glasgow Coma Scale. *Nursing Times*, 110(42), 12–16. <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/accident-and-emergency/forty-yearson-updating-the-glasgow-coma-scale-10-10-2014/>

- Toubarro, F. (2017). Função Sensoriomotora. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (p. 159–166). Lusodidacta
- ULSMT- (2024) serviço nacional de saúde <https://www.chmt.min-saude.pt/instituicao/>
- Valença, T. D. C., Lima, P. V., Chaves, R. N., dos Santos Santana, E., & dos Reis, L. A. (2017). Repercussões sociais da aquisição de uma deficiência física na vida de idosos. *Revista Kairós Gerontologia*, 20(1), 41-55. <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/2176-901X.2017v20i1p41-55/22114>
- Ventura, J., Martins, M., Trindade, L., Ribeiro, O. (2021). Processo de trabalho dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (p. 67–75). Lidel.
- Vieira, C. (2021). O enfermeiro e a promoção do autocuidado na Rede Nacional de Cuidados Continuados: uma scoping review. (Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa). <http://hdl.handle.net/10400.14/38132>
- Vigia, C., Ferreira, C., & Sousa, L. (2017). Treino de Atividades de Vida Diária. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao Longo da Vida* (p. 351–364). Lusodidata
- Vilelas, J. (2022). Investigação: O processo de Construção do Conhecimento. Edições Sílabo
- Wang, L. H., Zhao, Y., Chen, L. Y., Zhang, L., & Zhang, Y. M. (2020). The effect of a nurse-led self-management program on outcomes of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *The Clinical Respiratory Journal*, 14(2), 148–157. <https://doi.org/10.1111/crj.1311>
- White, P.; Pringle, D.; Doran, D., & Hall, L. (2005). The nursing and health outcomes project. *Canadian Nurse*, 101(9), 14-18. PMID: 16350735.
- Xiao, J., Li, J., Yang, Q., & Liu, M. (2020). Research on the Head and Neck MRA Image to Explore the Comprehensive Effect on the Recovery of Neurological Function and Rehabilitation Nursing of Patients with Acute Stroke. *World Neurosurgery*, 420-427. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2020.10.135>
- Xing & Yulong Bai (2020) A Review of Exercise-Induced Neuroplasticity in Ischemic Stroke: Pathology and Mechanisms. *Molecular Neurobiology* (2020) 57:4218–4231 <https://doi.org/10.1007/s12035-020-02021-1>
- Yin, R. (2018). *Case Study Research and Applications: Design and Methods* (6ª edição). SAGE.
- Yin, R. (2003). *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos* (D. Grassi, Trad.) (2ª edição). Bookman
- Yu-Hsin, Chen., Chia, Ling Chen., Ying-Zu, Huang., Hsieh-Ching, Chen., Chung-Yao, Chen., Ching-Yi, Wu., & Keh-chung Lin. (2021). Augmented efficacy of intermittent theta burst

stimulation on the virtual reality-based cycling training for upper limb function in patients with stroke: a double-blinded, randomized controlled trial. *J NeuroEngineering Rehabil* 18, 91 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12984-021-00885-5>

Zubrycki, I., Prączko-Pawlak, E., & Dominik, I. (2022). Sensing System for Plegic or Paretic Hands Self-Training Motivation. *Sensors (Basel, Switzerland)* Mar 21; Vol. 22 (6). Date of Electronic Publication: 2022 Mar 21 DOI: 10.3390/s22062414

ANEXOS

ANEXO I- ENCS (FONSECA & LOPES, 2013)

INSTRUMENTO: Elderly Core Set Short Form

O questionário que se apresenta a seguir integra quatro secções distintas. A primeira é constituída por um conjunto de questões de identificação e caracterização Sócio biográfica, a segunda secção e subsequentes são constituídas pelas funções do corpo, estrutura do corpo, atividades de participação e fatores ambientais. Seja rigoroso, preencha as perguntas e cumpra os critérios de inclusão descritos. Todas as informações fornecidas pelos participantes no estudo são consideradas confidenciais.

Secção I - IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO SOCIO-BIOGRÁFICA

1. Número de Cartão de Utente: _____
2. Instituição Responsável pela Avaliação:
3. FREGUESIA:
4. TIPO DE AVALIAÇÃO:
 - 4.1. 1ª AVALIAÇÃO (Projecto RSCE) - Avaliação Inicial.
 - 4.2. 2ª Avaliação (Projecto RSCE)
 - 4.3. 3ª Avaliação (Projecto RSCE)
5. DATA DE AVALIAÇÃO:
6. Idade: _____
7. Sexo: Masculino ¹ Feminino ²
8. Estado civil: Solteiro ¹ Casado ² Viúvo ³ Divorciado ⁴
9. Peso: _____ (Kg)
10. Altura: _____ (Cm)
11. Nível de escolaridade
 - ¹ Não frequentou a escola e não sabe ler nem escrever
 - ² Não frequentou a escola, mas sabe ler e escrever
 - ³ Frequentou a escola, mas não completou a 4ª classe
 - ⁴ Fez exame da 4ª classe
 - ⁵ Completou o 9º ano, antigo 5º ano (curso geral do liceu/curso industrial/outro equivalente)
 - ⁶ Completou o antigo 7º ano (curso complementar do liceu)
 - ⁷ Completou o ensino superior
 - ⁸ Nível de ensino completado na idade adulta, ex. programa novas oportunidades (especifique)
12. Principal área de diagnóstico médico que levou à intervenção (áreas ICD10):
 - ¹ Neoplasias [tumores]
 - ² Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos
 - ³ Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas
 - ⁴ Transtornos mentais e comportamentais
 - ⁵ Doenças do sistema nervoso
 - ⁶ Doenças do aparelho circulatório
 - ⁷ Doenças do aparelho respiratório
 - ⁸ Doenças do aparelho digestivo
 - ⁹ Doenças da pele e do tecido subcutâneo
 - ¹⁰ Doenças do aparelho digestivo
 - ¹¹ Doenças do sistema osteomuscular
 - ¹² Doenças do aparelho geniturinário
 - ¹³ Outro: _____

SECÇÃO II - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO - FUNÇÕES DO CORPO

1. **Funções da consciência (b110)** *Avalie e classifique as funções da consciência, tendo por base o seguinte conceito "é o reconhecimento da realidade externa ou de si mesmo em determinado momento, e a capacidade de responder aos seus estímulos".*
 - b110.0: Nenhuma deficiência
 - b110.1: Deficiência ligeira. Dificuldade ocasional numa das dimensões.

- b110.2: Deficiência moderada. Dificuldade em duas das dimensões.
b110.3: Deficiência grave. Dificuldade em diversas das dimensões a maior parte do tempo.
b110.4: Deficiência completa. Sem reação, não responde
2. **Funções da orientação (b114)** *Avalie e classifique as funções da orientação em relação ao tempo (e.g., dia, mês, ano), ao espaço (e.g., onde está, de onde é), a si mesmo e aos outros (e.g., quem é a sua família) e classifique:*
- b114.0: Nenhuma deficiência
b114.1: Deficiência ligeira. Ligeiras dificuldades de orientação em relação ao tempo
b114.2: Deficiência moderada. Dificuldades de orientação em relação a duas das dimensões referidas
b114.3: Deficiência grave. Dificuldades de orientação em pelo menos 3 das dimensões referidas
b114.4: Deficiência total. Desorientado em todas as dimensões
3. **Funções da atenção (b140)** *As Funções de atenção avaliam a capacidade de concentração num estímulo externo ou numa experiência interna pelo período de tempo necessário. Inclui a capacidade de manutenção da atenção, mudança de atenção, divisão da atenção e partilha de atenção. Com base na sua observação global da pessoa, classifique:*
- b140.0: Nenhuma deficiência
b140.1: Deficiência ligeira. Dificuldade ligeira em uma das dimensões referidas
b140.2: Deficiência moderada. Dificuldade moderada em duas das dimensões referidas
b140.3: Deficiência grave. Dificuldade grave em pelo menos 3 das dimensões referidas
b140.4: Deficiência completa. Dificuldade completa
4. **Funções da memória (b144)** *Avalie as funções de memória (de curto prazo) da seguinte forma: “Vou dizer quatro palavras. Queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas. Procure ficar a sabê-las de cor: **Pera, Gato, Bola, Carro**”. Após cerca de 30 segundos, peça: “Diga-me agora as quatro palavras que acabei de dizer”.*
- b114.0: Nenhuma deficiência
b114.1: Deficiência ligeira. Respondeu correctamente, mas sem a ordem descrita
b114.2: Deficiência moderada. Respondeu corretamente, recordando 3 palavras
b114.3: Deficiência grave. Respondeu corretamente, recordando apenas 1 palavra
b114.4: Deficiência completa. Não respondeu correctamente
5. **Funções emocionais (b152)** *Avalie a adequação (capacidade de gerar, em si mesmo, as emoções apropriadas em um momento determinado), regulação (capacidade de redirecionar, controlar, modelar e modificar as emoções de modo a permitir ao indivíduo funcionar de forma adaptativa) e amplitude (capacidade de expressar diferentes emoções e diferentes intensidades) das emoções.*
- b152.0: Nenhuma deficiência. Demonstra adequação, regulação e amplitude de emoções
b152.1: Deficiência ligeira. Demonstra ligeira dificuldade em uma das dimensões referidas
b152.2: Deficiência moderada. Demonstra moderada dificuldade em duas das dimensões referidas
b152.3: Deficiência grave. Demonstra dificuldades em todas as dimensões referidas
b152.4: Deficiência completa. Incapaz de adequação, regulação e amplitude de emoções
6. **Funções cognitivas de nível superior (b164)** *Avalie as funções cognitivas de nível superior perguntando o seguinte: O que quer dizer para si o seguinte ditado popular: “cão que ladra não morde”?*
- b164.0: Nenhuma deficiência. Descodificou sem dificuldade
b164.1: Deficiência ligeira. Hesitou mas descodificou
b164.2: Deficiência moderada. Descodificou interpretando à letra
b164.3: Deficiência grave. Interpretou à letra com muita hesitação
b164.4: Deficiência completa. Não descodificou

7. **Sensação de dor (b280)** Avalie a dor com base na seguinte pergunta: “Nas últimas 48h, qual a dor máxima que sentiu?” Utilize a Escala Numérica (EN) de avaliação da dor e classifique:
- b280.0: 0 pontos na EN
 - b280.1: 1 a 2 pontos da EN
 - b280.2: 3 a 4 pontos da EN
 - b280.3: 5 a 8 pontos da EN
 - b280.4: 9 a 10 pontos da EN
 - b280.8: Não especificado
- 7.1. LOCALIZE A DOR MAIS INTENSA REFERIDA PELA PESSOA NOS DIAGRAMAS CORPORAIS FORNECIDOS:
- _____
8. **Funções da pressão arterial (b420)** Avalia a Pressão Arterial e classifique de acordo com a tabela abaixo:
- b420.0: Pressão Arterial Sistólica até 120 e Diastólica até 80
 - b420.1: Pressão Arterial Sistólica (120-139) ou Diastólica (80-89)
 - b420.2: Pressão Arterial Sistólica (140-159) ou Diastólica (90-99)
 - b420.3: Pressão Arterial Sistólica (160-179) ou Diastólica (100-109)
 - b420.4: Pressão Arterial Sistólica (> 180) ou Diastólica (> 110)
9. **Funções da respiração (b440)** - Inclui: funções da **frequência, ritmo e profundidade** da respiração
- b440.0: Nenhuma deficiência.
 - b440.1: Deficiência ligeira. Ligeira alteração de uma das dimensões do padrão respiratório
 - b440.2: Deficiência moderada. Alteração de duas das dimensões (a pessoa pode necessitar de inaloterapia)
 - b440.3: Deficiência grave. Alteração grave em todas as dimensões. A pessoa necessita de apoio (intermitente) de oxigénio suplementar ou ventilador (não invasivo)
 - b440.4: Deficiência completa. Precisa de apoio (permanente) de oxigénio suplementar e ventilador (não invasivo e invasivo)
10. **Funções de defecação (b525)** Seleccione uma das seguintes opções
- b440.0: Nenhuma deficiência. A Pessoa apresenta: 1 dejeção/dia (**ou**)
ou 1 dejeção em 2 dias ;
 - b440.1: Deficiência ligeira. A Pessoa apresenta: 2 a 3 dejeções/dia (**ou**)
ou 1 dejeção cada 2 a 4 dias ;
 - b440.2: Deficiência moderada. A Pessoa apresenta: 4 a 5 dejeções/dia (**ou**)
ou 1 dejeção cada 5 a 7 dias ;
 - b440.3: Deficiência grave. A Pessoa apresenta: 6 a 7 dejeções/dia (**ou**)
ou 1 dejeção cada 8 a 9 dias ;
 - b440.4: Deficiência total. A Pessoa apresenta: > 8 dejeções/dia (**ou**);
ou 1 dejeção cada 10 ou mais .
 - b440.8: Condições Especiais (especificar – por ex. Incontinência, colostomia): _____

Secção IV- INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO - Estrutura do Corpo

11. **Estrutura das áreas da pele (s810)** Observe a pele da pessoa e classifique as zonas de maior gravidade:
- s810.0: Nenhuma deficiência.
 - s810.1: Deficiência ligeira. A pessoa apresenta pele seca ou desidratada
 - s810.2: Deficiência moderada. A pessoa apresenta lesões da pele - Máculas ou Pápula
 - s810.3: Deficiência grave. A pessoa apresenta lesões da pele, com alterações da integridade cutânea
 - s810.4: Deficiência completa. A pessoa apresenta múltiplas lesões da pele que põem em risco a vida.
- 11.1. Com recurso aos diagramas corporais fornecidos, localize a lesão cutânea mais grave - 1º Local:

- 11.2. Com recurso aos diagramas corporais fornecidos, localize a segunda lesão cutânea mais grave - 2º Local: _____

Secção IV - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO - Atividades de Participação

12. **Realizar a rotina diária (d230)** *Avalie a realização da rotina diária inquirindo acerca da capacidade de realizar ações coordenadas, simples ou complexas, de modo a poder planejar, gerir e responder às exigências das tarefas e das obrigações do dia-a-dia.*
- d230.0: Sem dificuldades
 - d230.1: Dificuldades ligeiras. Realiza de forma independente a sua rotina diária, mas tem dificuldades ocasionais nas ações complexas.
 - d230.2: Dificuldades moderadas. Necessita de referências para realizar e concluir a sua rotina diária
 - d230.3: Dificuldades graves. Necessita de apoio contínuo para realizar e concluir a sua rotina diária
 - d230.4: Dificuldade completa. Não tem possibilidade de realizar e concluir a rotina diária
13. **Comunicar e receber mensagens orais (d310)** *Esta função avalia a **capacidade de compreender os significados literais e implícitos das mensagens**. Avalie esta capacidade através da forma como a pessoa interagiu consigo durante a resposta a este questionário. Classifique de acordo com a tabela abaixo.*
- d310.0: Sem dificuldades
 - d310.1: Dificuldade ligeira. Dificuldades ligeiras nos significados implícitos
 - d310.2: Dificuldade moderada. Dificuldades frequentes nos significados implícitos
 - d310.3: Dificuldade grave. Dificuldades totais nos significados implícitos e acentuadas nos literais
 - d310.4: Dificuldade total. Não comunica
14. **Falar (d330)** *Esta função avalia a **capacidade de produzir mensagens verbais constituídas por palavras, frases e passagens mais longas com significado literal e implícito**. Avalie esta capacidade através da forma como a pessoa interagiu consigo durante a resposta a este questionário. Classifique de acordo com a tabela abaixo.*
- d330.0: Sem dificuldades
 - d330.1: Dificuldade ligeira. Fala, mas por vezes o discurso é pouco claro
 - d330.2: Dificuldade moderada. Fala, mas frequentemente com discurso pouco claro
 - d330.3: Dificuldade grave. Tenta expressar-se apenas por monossílabos
 - d330.4: Dificuldade completa. Incapaz de produzir um discurso articulado
15. **Conversação (d350)** - *Esta função avalia a **capacidade de iniciar, manter e finalizar uma troca de pensamentos e ideias, realizadas através da linguagem escrita, oral, gestual ou de outras formas de linguagem**. Avalie esta capacidade através da forma como a pessoa interagiu consigo durante a resposta a este questionário. Classifique de acordo:*
- d350.0: Sem dificuldade.
 - d350.1: Dificuldade ligeira para iniciar uma conversa
 - d350.2: Dificuldades moderadas para iniciar ou manter uma conversa
 - d350.3: Dificuldades grave para iniciar ou manter uma conversa
 - d350.4: Dificuldade completa. Não consegue iniciar ou manter uma conversa
16. **Mudar a posição básica do corpo (d410)** *Avalie a **capacidade de a pessoa se deitar, agachar, ajoelhar, sentar, pôr de pé e curvar sozinho**.*
- d410.0: Sem dificuldade
 - d410.1: Dificuldade ligeira em uma das dimensões referidas
 - d410.2: Dificuldade moderada em pelo menos duas das dimensões referidas
 - d410.3: Dificuldade grave em 3 ou mais das dimensões referidas
 - d410.4: Dificuldade completa
17. **Manter a posição do corpo (d415)** *Manter a mesma posição do corpo durante o tempo necessário, como por exemplo, permanecer sentado ou de pé. Classifique:*
- d415.0: Sem dificuldade
 - d415.1: Dificuldade ligeira. Mantém a posição do corpo de pé, com apoio ocasional
 - d415.2: Dificuldade moderada. Mantém a posição do corpo de pé com dificuldade, mantém a posição de sentado
 - d415.3: Dificuldade grave. Não mantém a posição do corpo de pé, mantém a posição de sentado, com dificuldade

- d415.4: Dificuldade completa. Não mantém a posição do corpo de pé e não mantém a posição de sentado
18. **Utilização da mão e do braço (d445)** *Avalie a capacidade de utilização da mão e do braço.*
- d445.0: Sem dificuldades.
- d445.1: Dificuldade ligeira. Usa de forma normal as duas mãos mas tem dificuldade num dos braços.
- d445.2: Dificuldade moderada. Usa com dificuldades, uma das mãos e tem dificuldade num dos braços.
- d445.3 Dificuldade grave. Usa com dificuldade as duas mãos e os dois braços ou não usa a mão e braço dominantes.
- d445.4: Dificuldade completa. Não usa as duas mãos e os dois braços.
19. **Andar (d450)** *Avalie e classifique observando a marcha da pessoa:*
- d450.0: Sem dificuldades
- d450.1: Dificuldade ligeira. Deambula em casa e na vizinhança: a pessoa é capaz de deambular na rua, embora numa distância limitada e restrita.
- d450.2: Dificuldade moderada. Deambula apenas em casa: a deambulação só é possível num ambiente fechado, e num ambiente conhecido como em casa.
- d450.3: Dificuldade grave. Marcha terapêutica: O paciente precisa ser firmemente amparado por 1 ou 2 pessoas, e/ou a deambulação só é possível durante a terapia domiciliar ou hospitalar, nas barras paralelas.
- d450.4: Dificuldade completa. Não realiza marcha, incapacidade absoluta para a deambulação.
20. **Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento (d465)** *A pessoa tem a capacidade de mover o corpo de um lugar para outro, sobre qualquer superfície ou espaço, em cadeira de rodas ou com auxílio de um andarilho, ou outras ajudas técnicas:*
- d465.0: Sem dificuldades
- d465.1: Dificuldades ligeiras. Necessita de ajuda ocasional de um ponto de apoio (uma bengala ou similar).
- d465.2: Dificuldades moderadas. Necessita de ajuda frequente de um ponto de apoio (uma bengala ou similar).
- d465.3: Dificuldades graves. A maior parte do tempo com ajuda de dois ou mais pontos de apoio (duas bengalas, andarilho ou cadeira de rodas)
- d465.4: Dificuldade completa. Sempre com ajuda de cadeira de rodas.
21. **Lavar-se (d510)** *Lavar e secar todo o corpo, ou partes do corpo, utilizando água e produtos ou métodos de limpeza e secagem apropriados.*
- d510.0: Sem dificuldades.
- d510.1: Dificuldades ligeiras. Necessita de ajuda no banho apenas para entrar ou sair da banheira.
- d510.2: Dificuldades moderadas. Recebe assistência no banho para entrar ou sair da banheira e para lavar uma parte do corpo (ex. costas, ou pernas)
- d510.3: Dificuldades graves. Recebe assistência no banho para entrar ou sair da banheira e para lavar mais de uma parte do corpo
- d510.4: Dificuldade completa. Recebe assistência total para o banho.
22. **Cuidar de partes do corpo d520** *Cuidar de partes do corpo como pele, cara, dentes, couro cabeludo, unhas e genitais, que requerem mais do que lavar e secar.*
- d520.0: Sem dificuldades.
- d520.1: Dificuldade ligeira. Necessita de ajuda mínima para cuidar de partes do corpo.
- d520.2: Dificuldade moderada. Necessita de ajuda para cuidar de diversas partes do corpo.
- d520.3: Dificuldade grave. Necessita de ajuda para cuidar de quase todas as partes do corpo.
- d520.4: Dificuldade completa. Necessita de ajuda total para cuidar de todas as partes do corpo.
23. **Cuidados relacionados com os processos de excreção (d530)** *Cuidados relacionados com os processos de excreção.*
- d530.0: Sem dificuldades

- d530.1: Dificuldade ligeira. É autónomo, com supervisão ocasional, nos cuidados relacionados com o processo de excreção, e prevê a eliminação. É continente.
- d530.2: Dificuldade moderada. É autónomo, com supervisão, nos cuidados relacionados com o processo de excreção e na previsão da eliminação, mas apresenta acidentes ocasionais.
- d530.3: Dificuldade grave. É autónomo, com supervisão, nos cuidados relacionados com o processo de excreção e não prevê a eliminação. É incontinente.
- d530.4: Dificuldade completa. Não é autónomo nos cuidados relacionados com o processo de excreção, não é continente e não prevê a eliminação
24. **Vestir-se (d540)** *Realizar as tarefas e os gestos coordenados necessários para pôr e tirar a roupa e o calçado*
- d540.0: Sem dificuldades
- d540.1: Dificuldade ligeira. Necessita de ajuda mínima para se vestir.
- d540.2: Dificuldade moderada. Necessita de ajuda para vestir determinadas peças de roupa e/ou para se calçar.
- d540.3: Dificuldade grave. Necessita de ajuda para vestir quase todas as peças de roupa e para se calçar
- d540.4: Dificuldade completa. Não se veste.
25. **Comer (d550)** *Executar as tarefas e os gestos coordenados necessários para ingerir os alimentos servidos*
- d550.0: Sem dificuldades
- d550.1: Dificuldade ligeira. Necessita de ajuda mínima para comer (ex. Trincar alguns alimentos).
- d550.2: Dificuldade moderada. Necessita de ajuda para trincar os alimentos e levar alguns à boca.
- d550.3: Dificuldade grave. Necessita de ajuda para usar qualquer utensílio de alimentação (ex. garfo, colher)
- d550.4: Dificuldade completa. É totalmente dependente no ato de comer
26. **Beber (d560)** *Coordenar os gestos necessários para tomar uma bebida, levá-la à boca, e consumir a bebida.*
- d560.0: Sem dificuldades
- d560.1: Dificuldade ligeira. Necessita de ajuda mínima para beber (ex. colocar água num copo)
- d560.2: Dificuldade moderada. Por vezes precisa de ajuda para levar o copo à boca.
- d560.3: Dificuldade grave. Frequentemente precisa de ajuda para quase todos os gestos necessários ao beber
- d560.4: Dificuldade completa. É totalmente dependente no ato de beber
27. **Relacionamentos familiares (d760)** *Criar e manter relações de parentesco, como por exemplo, com membros da família nuclear, da família alargada.*
- d760.0: Sem dificuldades.
- d760.1: Dificuldade ligeira para manter relações com alguns membros da família alargada.
- d760.2: Dificuldades moderadas para manter relações com a família alargada
- d760.3: Dificuldade grave em manter relações com a família alargada e com alguns membros da família nuclear.
- d760.4: Dificuldade completa. Não consegue manter ou criar relações com a família.

Secção IV - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO - Factores Ambientais

28. **Família próxima (e310)** *Indivíduos relacionados por nascimento, casamento ou outro relacionamento reconhecido pela cultura como família próxima.*
- e310.0: A família próxima oferece total suporte
- e310.1: A família próxima oferece grande parte do suporte, precisando apenas de ajudas pontuais
- e310.2: A família próxima oferece suporte mas precisa de ajuda a tempo parcial
- e310.3 A família próxima oferece suporte ligeiro precisando de ajuda em quase todas as atividades
- e310.4: A família próxima não oferece qualquer suporte

29. **Amigos (e320)** *Indivíduos que são conhecidos próximos, com relacionamento continuado caracterizado pela confiança.*
- e320.0: Os amigos oferecem apoio total
 - e320.1: Os amigos oferecem muito apoio
 - e320.2: Os amigos oferecem apoio apenas se solicitados
 - e320.3: Os meus amigos oferecem apoio pontual
 - e320.4: Os meus amigos não oferecem qualquer apoio
30. **Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais (e340)** *Indivíduos que prestam os serviços necessários para apoiar as pessoas nas suas actividades diárias.*
- e355.0: Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais oferecem todo o apoio necessário
 - e355.1: Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais oferecem quase todo o apoio necessário
 - e355.2: Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais oferecem apoio de suplemento à família (50/50).
 - e355.3: Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais oferecem apoio pontual.
 - e355.4: Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais não oferecem qualquer apoio
31. **Profissionais de saúde (e355)** *Todos os prestadores de cuidados que trabalham no contexto do sistema de saúde, como por exemplo, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, etc.*
- e355.0: Os profissionais de saúde oferecem todo o apoio necessário
 - e355.1: Os profissionais de saúde oferecem quase todo o apoio necessário
 - e355.2: Os profissionais de saúde oferecem apoio de suplemento
 - e355.3: Os profissionais de saúde oferecem pouco apoio
 - e355.4: Os profissionais de saúde não oferecem qualquer apoio

ANEXO II- IB modificado e instruções (DGS, 2011)

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

Escala de Barthel – Instruções

GERAIS

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

A necessidade de supervisão implica a classificação de NÃO independente.

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

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

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

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

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

ESPECÍFICAS

Intestino (semana anterior)

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

Ocasional * = uma vez por semana.

Bexiga (semana anterior)

Ocasional = menos de uma vez por dia.

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

Higiene Pessoal (últimas 24 – 48 horas)

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

Alimentação

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

Ajuda = comida cortada, o doente come sozinho*.

Transferências

Da cama para a cadeira e vice-versa.

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

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

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

Mobilidade

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

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

Vestir

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

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

Escadas

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

Banho

Geralmente, a atividade mais difícil.

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

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

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

Índice de Barthel – Instruções

Intestinos

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

5- Acidente ocasional (um / semana)

10- Contínente

Bexiga

0- Incontinente ou algaliado e incapaz da sua utilização

5- Acidente ocasional (um/ dia)

10- Contínente (há mais de 7 dias)

Higiene Pessoal

0- Necessita auxílio nos cuidados pessoais

5- Independente: face/ cabelo/ dentes/ barba (acessórios fornecidos)

Uso da sanita

0- Dependente

5- Necessita alguma ajuda, mas pode fazer parte sozinho

10- Independente (instalar-se e retirar-se, vestir-se, limpar-se)

Alimentação

0- Incapaz

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

Transferências

0- Incapaz - sem equilíbrio sentado

5- Ajuda maior (uma ou duas pessoas, física) – consegue sentar-se

10- Ajuda menor (verbal ou física)

15- Independente

Mobilidade

0- Imóvel

5- Independente em cadeira de rodas, incluindo esquinas, etc.

10- Marcha com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)

15- Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, p. ex. bengala)

Vestir

0- Dependente

5- Necessita ajuda, mas pode fazer cerca de metade sem ajuda

10- Independente (incluindo botões, fechos, atacadores, etc.)

Escadas

0- Incapaz

5- Necessita ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares)

10- Independente no subir e descer

Banho

0- Dependente

5- Independente (ou no duche)

TOTAL: (0 – 100)

APÊNDICES

APÊNDICE I- POSTER

REPUBLICA PORTUGUESA SAÚDE

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE MÉDIO TEJO

SNS

Andar com Auxiliar de Marcha

Analisar com a pessoa a relação entre o uso do auxiliar de marcha, condições/condições e a autonomia para andar

Intervenções de Enfermagem:

- 1. Ensinar sobre auxiliar de marcha:** O ajuste correto do auxiliar de marcha e condições de segurança. O apoio das mãos nas caxifemas deve estar à altura do grande trocânter e o apoio da antebraço das caxifemas deve estar cerca de 2-3 cm abaixo do cotovelo.
- 2. Ensinar sobre andar com auxiliar de marcha;**
- 3. Instruir sobre andar com auxiliar de marcha (em plano):**
 - Nas situações que está indicada a marcha com carga parcial ou total do membro operado, deve ser instruída a técnica de marcha a dois pontos na seguinte sequência: 1- Avançar com o auxiliar de marcha. 2- Avançar com o membro operado. 3- Avançar com o membro não operado.
 - Nos casos que está indicada a marcha sem carga do membro operado, deve ser instruída a técnica de marcha a dois pontos na seguinte sequência: 1- Manter o membro operado com ligeira flexão do joelho, para não tocar no chão. 2- Avançar com o auxiliar de marcha. 3- Passar o peso do corpo para os membros superiores e auxiliar de marcha. 4- Dar um impulso para a frente até ao auxiliar de marcha. Manter passos curtos.
- 4. Instruir sobre andar com auxiliar de marcha (subir e descer escadas):**
 - Para subir escadas, deve ser instruída a seguinte sequência:
1- Subir o membro não operado. 2- Subir o membro operado. 3- Subir o auxiliar de marcha.

 - Para descer escadas, deve ser instruída a seguinte sequência:
1- Descer o auxiliar de marcha. 2- Descer o membro operado. 3- Descer o membro não operado.

- 5. Treinar a andar com auxiliar de marcha.**

Na preparação de alta/regresso a casa: Ensinar sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha

- Eliminar tapetes e persianas não aderentes ao chão; arrumar os móveis de forma a ter mais espaço para andar com auxiliar de marcha; retirar os cabos soltos do chão ou então colocá-los isolados por cima.

Programa Local de Saúde, Plano de Saúde, 2019. Todos os direitos reservados. Este documento é propriedade da Unidade Local de Saúde Médio Tejo e não pode ser reproduzido sem a autorização expressa da Unidade Local de Saúde Médio Tejo. Todos os direitos reservados. 2019. Todos os direitos reservados. Este documento é propriedade da Unidade Local de Saúde Médio Tejo e não pode ser reproduzido sem a autorização expressa da Unidade Local de Saúde Médio Tejo.

AE do Estado em Enfermagem de Fisioterapia, Alameda, Lisboa, Universidade Regional de Friburgo, Alameda, Lisboa, Fernando Sá, Avenida Lourenço de Sá, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa e Teresa Estrela.

APÊNDICE II- ARTIGO

Resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação na pessoa com alterações neurológicas, dependente no autocuidado: Uma Revisão Sistemática de Literatura

Sensitive results in rehabilitation nursing care for people with neurological disorders who are dependent on self-care: A Systematic Literature Review

Resultados sensibles a los cuidados de enfermería de rehabilitación para personas con patologías neurológicas y dependientes en autocuidado: Una Revisión Sistemática de la Literatura

RESUMO

Introdução: A mortalidade por acidente vascular cerebral (AVC) tem vindo a diminuir, mas a morbilidade continua a desafiar os sistemas de saúde. Abordagens integradas são essenciais para a readaptação e reintegração da pessoa com AVC. Os Enfermeiros de Reabilitação desempenham um papel central ao capacitar e maximizar a funcionalidade destas pessoas.

Objetivo: Identificar intervenções de Enfermagem de Reabilitação que influenciam os ganhos sensíveis aos cuidados de reabilitação na capacitação da pessoa dependente no autocuidado, com alterações neurológicas.

Metodologia: Conduziu-se uma revisão sistemática de literatura, com metodologia PICO e PRISMA, através de pesquisa na plataforma EBSCOHost, através das bases de dados: CINAHL Plus with full text, MEDLINE with Full Text, MedicLatina e Psychology and Behavioral Sciences Collection.

Resultados: Identificaram-se intervenções de Enfermagem de Reabilitação nos domínios da reabilitação funcional motora, reabilitação respiratória e reabilitação cognitiva que conduziram a ganhos de funcionalidade e melhoria da qualidade de vida da pessoa com alterações neurológicas.

Discussão: A reabilitação é crucial para utentes com acidente vascular cerebral (AVC), sendo que a maior parte da melhoria ocorre nas primeiras 12 semanas após o AVC. Intervenções

neurológicas aumentam a independência funcional e a qualidade de vida física. Treinos diários em cicloergómetro podem fortalecer os membros inferiores, enquanto abordagens restaurativas e compensatórias melhoram a função neuropsicológica para apraxia dos membros superiores.

Conclusões: As intervenções de enfermagem de reabilitação são fundamentais na capacitação da pessoa dependente no autocuidado com alterações neurológicas.

DESCRITORES

Reabilitação; Enfermagem de Reabilitação; Reabilitação do Acidente Vascular Cerebral; Ganhos em Saúde; Acidente Vascular Cerebral.

ABSTRACT

Introduction: Stroke (AVC) mortality has been decreasing, but morbidity remains a challenge for healthcare systems. Integrated approaches are essential for the readaptation and reintegration of stroke patients. Rehabilitation Nurses play a central role in empowering these individuals and maximizing their functionality.

Objective: To identify Rehabilitation Nursing interventions that influence gains in rehabilitation care in empowering individuals with neurological changes who depend on self-care.

Methodology: A systematic literature review was conducted using PICO and PRISMA methodologies. The search was carried out on the EBSCOHost platform across databases like CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, MedicLatina, and Psychology and Behavioral Sciences Collection.

Results: Rehabilitation Nursing interventions were identified in functional motor rehabilitation, respiratory rehabilitation, and cognitive rehabilitation, leading to functional gains and improved quality of life for those with neurological changes.

Discussion: Rehabilitation is crucial for stroke patients, with most improvements occurring within the first 12 weeks after the stroke. Neurological interventions increase functional independence and physical quality of life. Daily cycle ergometer training can strengthen lower limbs, while restorative and compensatory approaches improve neuropsychological function for upper limb apraxia.

Conclusions: Rehabilitation nursing interventions are fundamental in empowering individuals with neurological changes who depend on self-care.

Descriptors: Rehabilitation, Rehabilitation Nursing, Stroke Rehabilitation, Health Gains, Stroke.

RESUMEN

Introducción: La mortalidad por accidente cerebrovascular (ACV) ha disminuido, pero la morbilidad sigue siendo un desafío para los sistemas de salud. Los enfoques integrados son esenciales para la readaptación y reintegración de pacientes con ACV. Los enfermeros de rehabilitación desempeñan un papel clave en la capacitación de estas personas y en maximizar su funcionalidad.

Objetivo: Identificar intervenciones de enfermería de rehabilitación que influyan en las mejoras sensibles en el autocuidado de personas con cambios neurológicos que dependen de cuidados de rehabilitación.

Metodología: Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura utilizando las metodologías PICO y PRISMA, con búsquedas en la plataforma EBSCOHost a través de bases de datos como CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, MedicLatina y Psychology and Behavioral Sciences Collection.

Resultados: Se identificaron intervenciones de enfermería de rehabilitación en los ámbitos de la rehabilitación motora funcional, la rehabilitación respiratoria y la rehabilitación cognitiva que resultaron en ganancias funcionales y mejoras en la calidad de vida de personas con cambios neurológicos.

Discusión: La rehabilitación es fundamental para pacientes con ACV, con la mayoría de las mejoras ocurriendo dentro de las primeras 12 semanas después del accidente. Las intervenciones neurológicas aumentan la independencia funcional y la calidad de vida física. El entrenamiento diario en cicloergómetro puede fortalecer las extremidades inferiores, mientras que los enfoques restaurativos y compensatorios mejoran la función neuropsicológica para la apraxia de las extremidades superiores.

Conclusiones: Las intervenciones de enfermería de rehabilitación son fundamentales para capacitar a personas con cambios neurológicos que dependen del autocuidado.

DESCRIPTORES

Rehabilitación; Enfermería de Rehabilitación; Rehabilitación de Accidente Cerebrovascular; Logros en Salud; Accidente cerebrovascular

INTRODUÇÃO

Os dados demográficos de Portugal revelam uma tendência comum aos países desenvolvidos, caracterizada por um aumento na esperança média de vida, um indicativo da melhoria global das condições de vida e do acesso a avanços médicos e tecnológicos. Atualmente, Portugal apresenta uma população progressivamente envelhecida, com uma taxa de fecundidade reduzida, enfrentando desafios de saúde emergentes, particularmente o aumento da prevalência de doenças crónicas. Esta realidade sublinha a necessidade de adaptar as políticas de saúde pública para atender às necessidades de uma população que está a envelhecer. Além disso, os estilos de vida atuais revelam padrões comportamentais associados a fatores de risco determinantes para a saúde que não podem ser descurados ⁽¹⁾.

Nas últimas décadas, tem sido cada vez mais evidente a inversão das pirâmides etárias em Portugal, com um aumento exponencial da população idosa em relação ao número de nascimentos. De acordo com estimativas, até 2080, o número de idosos em Portugal irá aumentar de cerca de 2,2 milhões para 3 milhões, e o índice de envelhecimento aumentará de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens, ou seja, quase duplicará ⁽²⁾. De acordo com dados de 2021, existe uma tendência para agravamento desta situação, sendo que, ocorreram 78,8 mil partos em Portugal, menos 5 017 do que em 2020 ⁽³⁾.

O envelhecimento da população portuguesa e o aumento da esperança média de vida ao longo dos anos, conduz a uma maior prevalência de doenças crónicas. Este facto resulta num aumento exponencial no número de pessoas com limitações físicas, emocionais e cognitivas, que inevitavelmente as levam a um maior grau de dependência. O aumento de anos de vida não tem sido acompanhado por um aumento equivalente de anos de vida saudável, sendo marcados por maior fragilidade, dependência e prevalência de doenças. As patologias crónicas e a diminuição do nível de atividade física contribuem para que a população idosa seja um grupo vulnerável com incapacidades funcionais, um fenómeno que é reconhecido como um importante indicador de mortalidade ⁽⁴⁾.

Em Portugal, em 2020, as doenças do aparelho circulatório, onde se inclui o acidente vascular cerebral, e os tumores malignos foram as duas principais causas de morte. No seu conjunto, estes dois grupos de doenças concentraram quase 51% dos óbitos ocorridos no país, correspondendo as doenças do aparelho circulatório a 28% do total de óbitos ⁽³⁾.

As doenças cérebro-vasculares representam um verdadeiro desafio de saúde pública em Portugal, mantendo-se como a principal causa de morte e incapacidade por nos últimos anos. Estas patologias frequentemente culminam em severas consequências pessoais e familiares. Apesar de uma tendência de redução nas taxas de mortalidade associadas ao acidente vascular cerebral (AVC) nos anos recentes, a morbilidade continua a exercer um impacto substancial sobre a sociedade. Portanto, é imperativo a implementação de estratégias integradas que facilitem a reintegração eficaz dos indivíduos afetados no tecido social ⁽⁵⁾. As consequências do acidente vascular cerebral, podem ser diversas: dificuldade na mobilização de um membro, alteração da linguagem com dificuldade de expressão ou de compreensão e alterações ao nível da visão, deglutição, equilíbrio, sensibilidade, entre outras. Cerca de um terço das pessoas podem ficar com défices cognitivos e dor crónica, pelo que é fundamental um plano adaptado às suas necessidades ⁽⁶⁾.

O envelhecimento da população, o aumento das doenças crónicas e os hábitos associados aos estilos de vida, trouxeram desafios aos serviços de saúde, tanto no que concerne aos cuidados em si, como ao nível da promoção da saúde e prevenção da doença. A saúde pública e a reabilitação em Portugal enfrentam novos desafios e ambicionam expandir o seu papel como setores cruciais na resposta às significativas alterações demográficas e epidemiológicas que o país atravessa. Neste contexto, torna-se essencial desenvolver abordagens e intervenções inovadoras em saúde, que se materializem em programas prioritários cujos resultados sejam reconhecidos e validados em âmbito internacional.

De acordo com Orem⁽⁷⁾, a pessoa tem a capacidade de satisfazer as suas necessidades de autocuidado e/ou as dos seus dependentes. No entanto, ao longo da vida, por diversas razões, as necessidades de autocuidado ultrapassam essa capacidade, conduzindo a um défice de autocuidado. Neste contexto, a intervenção de Enfermagem torna-se necessária ⁽⁷⁾.

Deste modo, o autocuidado é considerado o foco central no processo de Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação, sendo crucial para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação capacitar funcionalmente a pessoa no desempenho de atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária. Para isso, são implementados programas de reabilitação personalizados de acordo com o contexto individual da pessoa, a fim de torná-la ativa e participativa no seu plano de intervenção do autocuidado ⁽⁸⁾.

O Enfermeiro de reabilitação avalia o déficit de autocuidado, institui objetivos de forma a ajustar as intervenções de acordo com as necessidades da pessoa. Deste modo, é fundamental envolver o utente ativamente no seu plano de reabilitação e capacitação, com vista à sua independência, tendo em consideração o seu potencial para adquirir capacidades adaptativas e desenvolver ou retomar o autocuidado de forma eficaz ⁽⁸⁾. A intervenção centrada no autocuidado, é sistematizada e intencional para a maximização do potencial e capacitação da pessoa no desempenho do autocuidado, com vista à maximização da sua autonomia e qualidade de vida ^(9,10).

O objetivo desta revisão sistemática da literatura é identificar as intervenções de Enfermagem de Reabilitação que influenciam os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, na capacitação da pessoa com alterações neurológicas com dependência no autocuidado.

METODOLOGIA

A Metodologia de Revisão Sistemática da Literatura (RSL), é um método de pesquisa que viabiliza a resposta a uma pergunta de investigação mediante a aplicação de critérios específicos para identificar, selecionar e avaliar estudos relacionados à temática em análise.

Esta revisão sistemática da literatura está alinhada com as diretrizes da metodologia PRISMA⁽¹¹⁾ e do Instituto Joanna Briggs (JBI)⁽¹²⁾, utilizando o método PICO (P – Participantes; I – Intervenção; C – Contexto/Controle; O – Resultados). Nesse contexto, a seguinte pergunta central foi formulada: " Quais as intervenções de Enfermagem de Reabilitação que influenciam os ganhos sensíveis aos cuidados de reabilitação na capacitação da pessoa com alterações neurológicas dependente no autocuidado?"

Tabela 1 – Questão de investigação PICO

P	População	Pessoas com alterações neurológicas dependente no autocuidado	Palavras-chave: "Rehabilitation or therapy; rehabilitation nursing; rehabilitation programs; health gains; functionality; stoke"
I	Intervenção	Intervenções de reabilitação	
C	Comparação das Intervenções	Não aplicável	
O	Outcomes/ Resultados	Ganhos sensíveis aos cuidados de reabilitação na capacitação da pessoa	

A pesquisa foi realizada na plataforma EBSCOHost – *Research Databases* em setembro de 2023. Através desta plataforma, foi possível aceder às seguintes bases de dados: CINAHL Plus with full text, MEDLINE with Full Text, MedicLatina e Psychology and Behavioral Sciences Collection. Os descritores utilizados foram "rehabilitation or therapy or treatment" or "rehabilitation nursing" or "rehabilitation programs" and "health gains" or "functionality" and "Stoke". Todos os descritores foram validados no MeSH (Medical Subject Heading) e no CINAHL Subject Headings. Os operadores booleanos utilizados foram "AND" e "OR". Os resultados obtidos foram limitados com recurso a critérios de inclusão: texto integral, idioma inglês e artigos com data de publicação entre setembro de 2018 e setembro de 2023.

A pesquisa resultou num total de 80 artigos. Após a análise dos resultados, observou-se que 4 destes artigos se encontravam em duplicado. Após a leitura do título e do resumo foram eliminados 34 artigos que não se enquadravam com o tema em estudo, resultando apenas 42 artigos para a leitura do restante texto.

Após a leitura e análise do texto completo foram selecionados 5 artigos para incluir nesta revisão sistemática da literatura. De forma sistematizada, o fluxograma da figura 1 demonstra as fases da pesquisa efetuada.

Os artigos foram submetidos à avaliação da qualidade metodológica de Joanna Briggs Institute (JBI), satisfazendo mais de 50% dos critérios de qualidade propostos ⁽¹³⁾. Os níveis de evidência foram classificados segundo Melnyk & Fineout-Overholt ⁽¹⁴⁾.

O artigo foi registado no Prospero International prospective register of systematic reviews no dia 31-01-2024, com o ID - CRD42024503884.

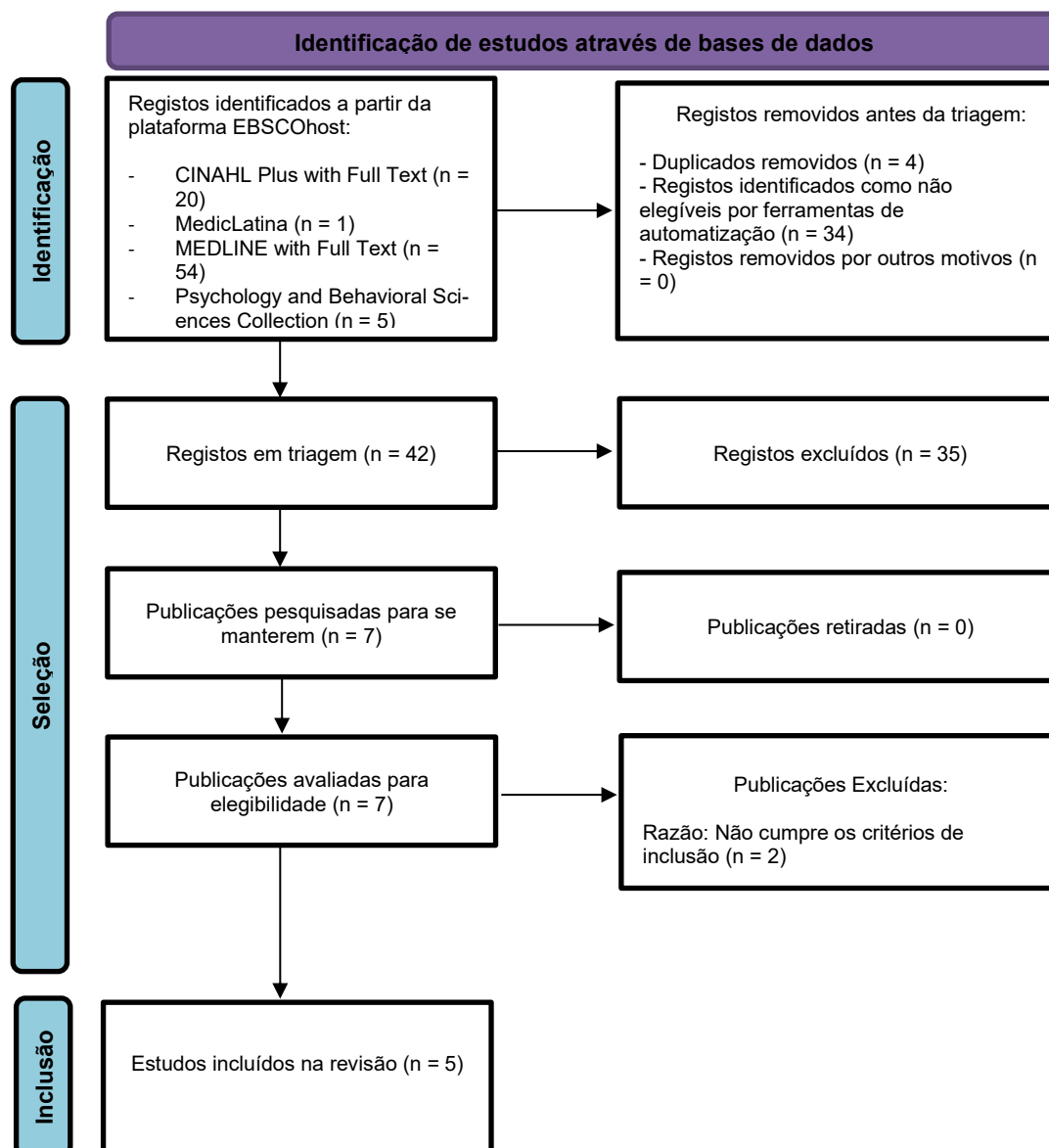


Figura 1 – Fluxograma PRISMA da seleção de estudos

RESULTADOS

Procedeu-se à leitura de vários artigos e subsequente análise do seu conteúdo. As características e principais resultados obtidos da análise dos artigos selecionados encontram-se sintetizados na Tabela 2

Tabela 2 - Síntese dos artigos analisados

Autores /Ano/Título	Participantes	Objetivos	Resultados/Conclusões
	Metodologia		
	Nível de Evidência		
Herrera-Hernández et al (2023); "Effect of rehabilitation on functionality/quality of life in stroke due to COVID-19" (15)	21 utentes, com idade média de 53,57 anos, sexo masculino (66,7%). Estudo observacional prospetivo e longitudinal. O índice de Barthel, a Escala de Rankin modificada e o SF-12 foram utilizados para monitorizar a funcionalidade e a qualidade de vida. Nível de Evidência: 1.c	Avaliar a funcionalidade e a qualidade de vida de utentes com AVC isquémico devido à COVID-19, a cumprir programa de reabilitação neurológica, ao longo de 3 meses.	Após 3 meses de reabilitação, houve um aumento significativo na independência dos utentes em atividades diárias e funcionais, como evidenciado pelo índice de Barthel ($p < 0,01$) e pela escala Rankin modificada ($p < 0,01$). Também se registou uma melhoria na qualidade de vida, especialmente na componente física ($p = 0,02$) e nas dimensões de saúde geral ($p = 0,01$) e mental ($p = 0,04$). Utesentes com AVC devido à COVID-19 que participaram no programa de reabilitação neurológica mostraram maior independência funcional e melhoria na qualidade de vida física após três meses no programa.
Branco et al (2019); "Assessing functional recovery in the first six months after acute ischemic stroke: a prospective, observational study" (16)	131 utentes com AVC agudo localizado na artéria cerebral média em utentes com idade entre 18-85 anos. Estudo observacional prospetivo. Aplicada a Escala de Rankin modificada (mRS), a Medida de Independência Funcional (FIM) e a	Avaliar a progressão da recuperação funcional, durante as primeiras 24 semanas, após o AVC isquémico agudo, para determinar os prazos de recuperação motora, cognitiva e global.	Durante o período do estudo (24 semanas), a funcionalidade dos doentes melhorou significativamente ($p < 0,001$), medida por todos os instrumentos. As pontuações de avaliação melhoraram significativamente de 48 horas a 3 semanas para todos os instrumentos; o mesmo ocorreu de 3 semanas a 12 semanas, exceto para o domínio cognitivo da Medida de Independência

	Escala de Capacidade dos Membros Superiores do AVC (SULCS).		Funcional (MIF). Em termos comparativos, o comprometimento cognitivo foi menos grave do que a incapacidade motora na fase aguda. As pontuações do domínio cognitivo da MIF às 48 horas foram significativamente mais elevadas do que as pontuações do domínio motor da MIF e Escala de Rankin modificada. As pessoas apresentaram melhorias funcionais estatisticamente significativas entre as primeiras 3 e 12 semanas, seguidas por melhorias não significativas e de menor magnitude entre 12 e 24 semanas.
	Nível de Evidência: 1.c		
Pinheiro et al (2021); “Effects of aerobic cycling training on mobility and functionality of acute stroke subjects: A randomized clinical trial” (17)	20 utentes, 10 no grupo controlo (GC) e 10 no grupo Intervenção (GI)	Verificar os efeitos do treino com cicloergómetro em utentes com AVC ajudado:	A força muscular dos membros inferiores aumentou no grupo de intervenção (GI) comparado com grupo de controlo (GC). A análise intragrupo também foi positiva para o GC na mobilidade e funcionalidade. A reabilitação combinada com cicloergómetro apresentou melhores resultados na força muscular dos membros inferiores, mobilidade e funcionalidade.
	Ensaio clínico randomizado aleatorizado. GC realizou reabilitação convencional duas vezes/dia e o GI realizou reabilitação convencional e uma sessão de cicloergómetro por 5 dias consecutivos. Avaliações: força muscular por meio de	força muscular dos membros, velocidade da marcha, equilíbrio, mobilidade e funcionalidade.	

	<p>dinamómetro, velocidade da marcha pelo teste de caminhada de 10 metros, equilíbrio pela <i>Berg Balance Scale</i>, mobilidade pela <i>UTI-Mobility-Scale</i> e funcionalidade pelo <i>Perme Score</i>.</p>		
	<p>Nível de Evidência: 1.c</p>		
<p>Aguilar et al (2021); “Effectiveness of a Functional Rehabilitation Program for Upper Limb Apraxia in Poststroke Patients: A Randomized Controlled Trial”⁽¹⁸⁾</p>	<p>38 utentes com idades entre 25 e 95 anos.</p> <p>Ensaio controlado aleatório.</p> <p>Os participantes foram distribuídos aleatoriamente em grupo de reabilitação funcional combinado (grupo de intervenção, n=19) e grupo de protocolo tradicional de educação sobre cuidados de saúde (grupo de controlo, n=19). Instrumentos: Índice de Barthel, Lawton, Brody e testes de <i>De Renzi</i></p>	<p>Analisar a eficácia de um programa domiciliário de reabilitação restaurador e compensatório da apraxia dos membros superiores.</p>	<p>Os instrumentos foram avaliados em 3 momentos. Verificaram-se diferenças entre os grupos quanto à apraxia ideomotora, imitação de gestos, reconhecimento global de gestos, gestos intransitivos, e compreensão da produção de gestos ($p < 0.05$) a favor do grupo experimental.</p> <p>O programa de reabilitação funcional apresentou resultados superiores ao programa tradicional de educação em saúde. O grupo experimental apresentou melhorias na funcionalidade neuropsicológica pós-AVC. A educação convencional demonstrou um efeito insuficiente na recuperação da apraxia.</p>
	<p>Nível de Evidência: 1.c</p>		

<p>Ocal et al (2020); "Does Upper Extremity Proprioceptive Training Have an Impact on Functional Outcomes in Chronic Stroke Patients?" (19)</p>	<p>30 utentes com diagnóstico de hemiplegia crónica pós AVC, com idade entre 50-75 (média de 66 anos).</p>	<p>Investigar o efeito do treino proprioceptivo dos membros superiores na espasticidade e nas habilidades motoras funcionais em</p>	<p>O treino proprioceptivo dos membros superiores apresentou melhores resultados em utentes com hemiplegia crónica após acidente vascular cerebral do que a terapia convencional, no aumento da frequência e qualidade do movimento nos membros superiores. Estes resultados demonstraram que programas de treino proprioceptivo devem ser adicionados aos métodos de reabilitação do AVC.</p>
	<p>Ensaio aleatório, controlado e prospetivo.</p> <p>Os participantes foram divididos em 2 grupos. O grupo de controlo recebeu um programa de reabilitação convencional e o grupo experimental recebeu programa convencional e treino proprioceptivo 5 dias por semana.</p> <p>Avaliados antes do tratamento e no final (6 semanas) com as escalas: Ashworth modificada (MAS), escala de avaliação motora de extremidade superior de Fugl-Meyer (FMA) e teste de braço de pesquisa de ação (ARAT) e escala de log de atividade motora-28 (MAL-28).</p>	<p>utentes com hemiplegia crónica após acidente vascular cerebral.</p>	
	<p>Nível de Evidência: 1.c</p>		

DISCUSSÃO

Neste artigo de revisão sistemática, várias intervenções e estratégias de reabilitação foram levadas a cabo em diferentes contextos de saúde analisados.

No estudo realizado por Herrera-Hernández e colaboradores⁽¹⁵⁾, participaram 21 utentes, com diagnóstico de AVC isquémico, admitidos num programa de reabilitação, numa unidade de cuidados terciários. Este estudo tinha o objetivo de avaliar o efeito da reabilitação neurológica na funcionalidade e qualidade de vida. Foram realizadas técnicas de facilitação neuromuscular proprioceptiva, técnicas baseadas na metodologia de Brunnstrom destinadas a reduzir a espasticidade, treino de transferências, mobilização dos quatro membros, treino da marcha e atividades da vida diária. Além destas intervenções, um dos componentes da intervenção centrou-se na participação do cuidador principal no programa, sendo instruído sobre as técnicas e o objetivo a atingir, com vista à posterior reintegração do utente nas suas atividades de vida diária. No decorrer das sessões foi dado ênfase à escuta ativa e apoio emocional, assim como à inclusão de atividades ocupacionais. Concluiu-se que após a intervenção, os utentes apresentaram aumento da independência funcional e aumento da qualidade de vida na sua componente física.

Neste estudo evidenciou-se a importância do cuidador informal, que assume um papel fulcral no modelo de cuidados domiciliários. Inclusivamente, a inexistência destes cuidadores implica a impossibilidade de cuidados em todas as situações em que o utente esteja dependente. O cuidador é quem fora do âmbito profissional ou formal, cuida da pessoa numa situação de doença crónica, deficiência ou dependência parcial ou total, transitória ou definitiva, ou em outra condição de fragilidade e necessidade de cuidado⁽²⁰⁾.

No estudo realizado por Branco et al.⁽¹⁶⁾, os utentes foram submetidos a um programa de reabilitação no internamento, sendo instruídos a posteriormente continuar o programa em casa. O programa de reabilitação incluiu reabilitação neurológica, reabilitação da fala e reabilitação direcionada para a componente ocupacional. Os exercícios de reabilitação neurológica incluíram: exercícios de equilíbrio, treino de coordenação, reabilitação das mãos, exercícios de alongamento e relaxamento, treino de marcha e postura. Os exercícios centram-se principalmente na utilização do membro afetado, na sustentação e transferência simétrica do peso, na atividade em tapete ou no treino de marcha. O estudo concluiu que a recuperação

funcional ocorre pelos menos até às 24 semanas após o AVC agudo, mas a maioria dos ganhos ocorre nas primeiras 12 semanas, enquadrando-se num período de aumento de neuroplasticidade. A função cognitiva tende a melhorar mais cedo que a função motora, com ganhos substanciais nas primeiras 3 semanas. Neste período, a reabilitação é essencial, uma vez que o sistema nervoso central encontra-se em adaptação contínua e dinâmica, tendo em conta a resposta intrínseca e extrínseca, assim como do nível de atividade de e estimulação recebidas ⁽³⁰⁾.

Hong e colaboradores, ⁽²¹⁾ referem a importância da avaliação do utente com AVC, quanto ao seu potencial de recuperação, com o objetivo da tomada de decisão sobre as estratégias de reabilitação, uma vez que poderá ser benéfico a reabilitação intensiva durante o internamento. O estudo sugere ainda que, a reabilitação iniciada o mais precoce possível, apresenta melhores resultados no domínio da autonomia do utente. Neste estudo, os autores referem que entre as 12 e 24 semanas, continuam a ocorrer ganhos na funcionalidade, o que realça a importância de manter o programa de reabilitação em contexto domiciliário ⁽¹⁶⁾. Este estudo revelou-se um bom instrumento de apoio ao desenvolvimento e otimização de programas de reabilitação podendo melhorar os resultados dos utentes.

Pinheiro e colaboradores ⁽¹⁷⁾, conduziram um ensaio clínico randomizado controlado para verificar os efeitos do treino de cicloergómetro na força muscular dos membros inferiores, velocidade da marcha, equilíbrio, mobilidade e funcionalidade de utentes com AVC agudo. Os utentes do grupo controlo realizaram reabilitação convencional, baseada em cinesiterapia, alongamentos, treino de equilíbrio e treino de marcha. O grupo de intervenção realizou reabilitação convencional, sendo adicionada uma sessão diária de cicloergómetro, com exercícios passivos, ativos e resistidos. Os autores concluíram que a reabilitação convencional combinada com treino diário com cicloergómetro foi eficaz, conduzindo ao aumento da força muscular dos membros inferiores no grupo de intervenção quando comparado com grupo de controlo, seguindo a mesma tendência nas restantes avaliações. No mesmo sentido, outros autores referem que a reabilitação combinada com o treino de cicloergómetro melhora significativamente a função motora de utentes pós-AVC ⁽²²⁾ com a redução da espasticidade, aumento da funcionalidade do membro afetado e capacitação para a participação nas atividades de vida diária ⁽²³⁾. No mesmo sentido, outros autores referem que, a introdução de novas tecnologias em saúde ajudam a melhorar a função motora dos membros superiores,

aprendizagem e a memória e os mecanismos que envolvem a facilitação da neuroplasticidade ⁽²⁴⁾. Estes recursos inovadores devem ser amplamente aplicados na clínica em todo o mundo para capacitar os utentes com AVC ⁽²⁴⁾.

A praxia desempenha um papel importante na funcionalidade e a sua melhoria pode levar a uma maior capacitação das atividades de vida diária ⁽¹⁸⁾. Neste sentido, Aguilar-Ferrándiz e colaboradores ⁽¹⁸⁾, realizaram um estudo com o objetivo de analisar a eficácia de um programa domiciliário de reabilitação restauradora e compensatória da apraxia dos membros superiores. A abordagem restaurativa era composta por sessões que incluíam a aprendizagem e compreensão de gestos, de forma a restabelecer a praxia dos membros superiores. Com o objetivo de melhorar a independência, foi fornecida capacitação em competências e estratégias compensatórias para melhorar a adaptação ao meio ambiente. A complementaridade entre a abordagem restaurativa e compensatória produziu melhorias na função neuropsicológica no pós-AVC.

De acordo com os estudos de Herrera-Hernández et al. ⁽¹⁵⁾ e Aguilar-Ferrándiz, et al. ⁽¹⁸⁾, a reabilitação funcional motora apresenta ganhos em saúde significativos, no entanto ambos fazem referência a ganhos no domínio neuropsicológico e saúde mental respetivamente, na avaliação final dos estudos. No mesmo sentido, outros autores referem que no pós-acidente vascular cerebral, aspetos terapêuticos, psicológicos, cognitivos e motivacionais são importantes. Por vezes, nesta fase, os utentes sofrem de depressão e outras complicações neuropsiquiátricas, como apatia, redução da motivação, falta de iniciativa, sentimento, emoção e preocupação. Muitas vezes, o utente tem necessidade de intervenções antidepressivas. A depressão pode dificultar a reabilitação e a recuperação da qualidade de vida ⁽²⁵⁾. Durante a reabilitação são utilizadas várias estratégias para motivar o utente, dependendo das condições de saúde física, mental, nível de função cognitiva, personalidade, atividades e participação, idade, ambiente humano e tipo de serviço de reabilitação onde o utente é submetido ao tratamento ⁽²⁶⁾.

Os utentes hemiplégicos crónicos apresentam perda de capacidades motoras funcionais com implicações nas atividades da vida diária. Ocal e colaboradores ⁽¹⁹⁾, realizaram um estudo com o objetivo de investigar o efeito do treino proprioceptivo dos membros superiores na espasticidade e nas habilidades motoras funcionais. O grupo de controlo realizou exercícios de amplitude de movimentos passivos/ativos, fortalecimento dos músculos antiespástico e

métodos de compensação, de modo a prevenir o desenvolvimento de complicações, assim como estimulação elétrica nos músculos tríceps e extensores do punho e fortalecimento dos músculos antiespástico com contrações e relaxamento. No grupo intervenção aplicou-se um programa de treino proprioceptivo após tratamento convencional com contrações isométricas com ligeira resistência, imitação do membro saudável com os olhos abertos e fechados e mobilizações passivas e ativas de olhos abertos e fechados. A adição do treino proprioceptivo dos membros superiores apresentou melhoria da funcionalidade, frequência e qualidade do movimento nas extremidades superiores, devendo este método ser utilizado como complemento a reabilitação convencional ⁽¹⁹⁾.

Segundo os estudos supracitados e conforme analisado na tabela 3, foram observados ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação. Estas intervenções encontram-se de acordo com o Padrão Documental de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros ⁽²⁹⁾ e segundo a classificação CIPE ⁽³¹⁾. Referente à reabilitação física motora observaram-se as seguintes intervenções: Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular (passivos, ativos e resistidos), exercícios de agachamento e exercícios isométricos; Executar técnicas de exercícios muscular e articular, técnica de massagem, técnica de treino de equilíbrio e técnica de exercícios de coordenação de movimentos; Treinar técnicas de exercício muscular e articular, treinar o uso de dispositivo para o autocuidado, técnica de adaptação para andar, técnica de alongamento/relaxamento, técnicas de exercício muscular e articular/exercícios isométricos/exercícios de agachamento; Estimular a manter o equilíbrio corporal/correção postural; Ensinar sobre técnica de adaptação para transferir-se e ensinar prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para o autocuidado; Monitorizar a espasticidade. Quanto a reabilitação física respiratória: Executar cinesiterapia respiratória/técnicas respiratórias. E ainda foram identificadas intervenções de reabilitação cognitiva: Executar estimulação sensitiva; Estimular percepção sensorial; Providenciar material educativo.

Tabela 3 - Intervenções de Enfermagem Segundo o Padrão Documental de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação ⁽²⁹⁾, de acordo com a classificação CIPE ⁽³¹⁾.

	Reabilitação Funcional Motora	Reabilitação Cognitiva	Reabilitação Funcional Respiratória
Instruir	<ul style="list-style-type: none"> - Instruir técnicas de exercício muscular e articular passivos, ativos e resistidos). ^(15, 16,17, 18, 19) - Instruir técnicas de exercícios muscular e articular: Exercício de agachamento ⁽¹⁷⁾ - Instruir técnicas de exercício muscular e articular; exercícios de fortalecimento muscular -exercícios isométricos ⁽¹⁹⁾ 		
Treinar	<ul style="list-style-type: none"> - Treinar técnicas de exercício muscular e articular (passivos, ativos e resistidos) ^(15, 16, 17, 18, 19) - Treinar o uso de dispositivo para o autocuidado ⁽¹⁵⁾ - Treinar técnica de adaptação para andar ^(16, 17) - Treinar técnica de alongamento ^(16, 17) - Treinar técnica de relaxamento ^(16, 19) - Treinar técnica de exercícios de fortalecimento muscular ⁽¹⁷⁾ - Treinar técnicas de exercício muscular e articular; exercícios de fortalecimento muscular - exercícios isométricos ⁽¹⁹⁾ - Treinar técnicas de exercícios muscular e articular: Exercício de agachamento ⁽¹⁷⁾ 		
Executar	<ul style="list-style-type: none"> - Executar técnicas de exercícios muscular e articular (passivos, ativos e resistidos) ^(15, 16,17, 18, 19) - Executar técnica de massagem ⁽¹⁹⁾ - Executar técnica de treino de equilíbrio ^(16,17) - Executar técnica de exercícios de coordenação de movimentos ⁽¹⁶⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> - Executar estimulação sensitiva ^(15,18,19) 	<ul style="list-style-type: none"> - Executar cinesiterapia respiratória ⁽¹⁷⁾ - Executar técnicas respiratórias ⁽¹⁷⁾
Estimular	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular a manter o equilíbrio corporal: correção postural ^(16,17) 	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular percepção sensorial ^(15, 18,19) 	

Ensinar	<ul style="list-style-type: none">- Ensinar sobre técnica de adaptação para transferir-se ^(15, 16)- Ensinar prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para o autocuidado ⁽¹⁸⁾		
Providenciar		<ul style="list-style-type: none">- Providenciar material educativo ⁽¹⁵⁾	
Monitorizar	<ul style="list-style-type: none">- Monitorizar a espasticidade ⁽¹⁹⁾		

CONCLUSÕES

Dos estudos analisados, foram identificadas várias intervenções que influenciam os ganhos sensíveis aos cuidados de reabilitação na capacitação da pessoa dependente no autocuidado. As intervenções identificadas relacionam-se com a reabilitação funcional motora, com melhoria da mobilidade, aumento da força muscular e da amplitude de movimento articular, postura corporal, coordenação, equilíbrio, sentar, marcha, mobilizações com cicloergómetro e treino de atividades de vida diária. Sendo que, identificaram-se em todos os estudos, as intervenções; instruir/ executar/treinar técnicas de exercícios muscular e articular (passivos, ativos e resistidos). Também foram identificadas intervenções direcionadas para a reabilitação cognitiva e neuroplasticidade, com treino proprioceptivo e aprendizagem de gestos, com ênfase ao membro parético. Tendo-se identificado as intervenções; executar estimulação sensitiva e estimular percepção sensorial. Foram facultadas sessões de reabilitação em grupo, com o envolvimento do cuidador, observando-se a intervenção; ensinar prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para o autocuidado, com ganhos ao nível da saúde mental e integração da pessoa na comunidade. Neste sentido, os cuidados de reabilitação devem ter em consideração estas intervenções com vista à melhoria da funcionalidade e independência.

Devido ao envelhecimento da população que decorre paralelamente com a melhoria da qualidade de vida e acesso aos cuidados de saúde, torna-se inevitável o surgimento de doenças crónicas, acompanhado do declínio funcional e dependência no autocuidado. Perante os desafios que se apresentam e no sentido de proporcionar respostas ajustadas e eficazes torna-se crucial

a intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação pela natureza das suas competências profissionais específicas e altamente diferenciadas ⁽²⁷⁾.

Os cuidados de enfermagem centrados na pessoa são um processo sistemático que envolve a equipa multidisciplinar, assim como o cuidador. A pessoa dependente no autocuidado, no regresso a casa necessita de um cuidador com competências adquiridas, de modo a prevenir riscos e reinternamentos hospitalares. Deste modo, é essencial que o enfermeiro de reabilitação durante o internamento, proceda à avaliação dos conhecimentos do cuidador e o capacite de modo a prestar cuidados adequados à pessoa dependente de cuidados de terceiros. No momento da alta, é imperativo a articulação com os cuidados de saúde primários, assim como a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), com vista a alcançar resultados positivos. Neste sentido os profissionais de saúde devem possuir conhecimentos e competências para apoiar os cuidadores e as famílias ⁽²⁷⁾.

O papel do enfermeiro de reabilitação assume especial importância nos processos adaptativos da pessoa à sua nova condição após o declínio funcional. Reabilitar capacidades, assim como promover estratégias adaptativas com o objetivo de tornar a pessoa o mais independente possível apresenta-se como um desafio complexo. No entanto o enfermeiro de reabilitação é o profissional de saúde com melhores competências para gerir e obter o nível máximo de independência e desta forma promover o autocuidado ^(27,28).

Com o conhecimento científico e tecnológico em constante evolução, os enfermeiros de reabilitação devem sustentar a sua intervenção na mais recente evidencia científica, de modo a prestar cuidados de enfermagem de excelência e com resultados reconhecidos internacionalmente. Deste modo, é essencial o investimento na investigação e propõe-se a realização de mais estudos no âmbito do tema, intervenções de enfermagem de reabilitação que influenciam os ganhos sensíveis aos cuidados de reabilitação na capacitação da pessoa com alterações neurológicas dependente no autocuidado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Serviço Nacional de Saúde. Retrato da Saúde 2018. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf

2. Instituto Nacional de Estatística, I.P. Projeções de População Residente 2018-2080 Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2
3. Instituto Nacional de Estatística, I.P. (Edição de Abril de 2023) Estatísticas da saúde 2021. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=11677508&PUBLICACOESmodo=2
4. Vieira C. O Enfermeiro e a Promoção do Autocuidado na Rede Nacional de Cuidados Continuados - Uma SCOPING REVIEW - Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Avançada; 2021. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/38132/1/203025890.pdf>
5. Araújo P, Soares A, Ribeiro O, Martins M. Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema nervoso. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (1ª., pp. 164–233). Lisboa: Lidel, 2021.
6. Fonseca, L. O AVC é a principal causa de morte e incapacidade em Portugal. Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. 2021. Disponível em: <https://www.spmi.pt/o-avc-e-a-principal-causa-de-morte-e-incapacidade-em-portugal/>
7. Orem DE. *Nursing: Concepts of practice*. St. Louis: Mosby; 2021.
8. Vigia C, Ferreira C, Sousa L (2017). Treino de Atividades de Vida Diária. In Marques-Vieira C, Sousa L (Eds.). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao Longo da Vida*. Lusodidata; 2017. 351-364 p
9. Silva N, Farias D, Bezerra F, Ferreira L, Carvalho P. Teorias de Enfermagem aplicadas no cuidado a pacientes oncológicos: Contributos para uma prática clínica do Enfermeiro. *Revista Uningá*. 2018. Disponível em: <https://revista.uninga.br/uninga/article/view/1385/1685>
10. Ribeiro O, Moura M, Ventura J. Referenciais teóricos orientadores de exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In Ribeiro O (Ed.) *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas*. Lisboa: Lidel; 2021. 48-57 p.
11. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *J Clin Epidemiol*. 2009; 62(10): e1-e34. DOI: 10.1016/j.jclinep

- 12.** Aromataris E, Lockwood C, Porritt K, Pilla B, Jordan Z. JBI Manual for Evidence Synthesis. 2024. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>. Disponível em: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-01>
- 13.** Joanna Briggs Institute. Critical Appraisal Tools - Joanna Briggs Institute. 2021. Disponível em: <https://jbi.global/critical-appraisal-tools> (2021)
- 14.** Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins. 2005, 3-24 p.
- 15.** Herrera-Hernández, AK., Gibraltar A., Torres, R., Martínez, D. Effect of rehabilitation on functionality/quality of life in stroke due to COVID-19. Revista medica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2023 Jan; 61 (1): 8-14. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10395903/>
- 16.** Branco JP, Oliveira S, Sargento J, Laíns J, Pinheiro J. Assessing functional recovery in the first six months after acute ischemic stroke: a prospective, observational study. European journal of physical and rehabilitation medicine. 2019 Feb; 55 (1): 1-7. DOI: 10.23736/S1973-9087.18.05161-4
- 17.** Pinheiro P, Cabeleira P, Campo L, Corrêa S, Blauth G, Cechetti F. Effects of aerobic cycling training on mobility and functionality of acute stroke subjects: A randomized clinical trial. NeuroRehabilitation. 2021; 48 (1): 39-47. DOI: 10.3233/NRE-201585
- 18.** Aguilar F, María E, Toledano S, García C, Tapia M, Barrero J, Casas A, Pérez M. Effectiveness of a Functional Rehabilitation Program for Upper Limb Apraxia in Poststroke Patients: A Randomized Controlled Trial. Archives of Physical Medicine & Rehabilitation. 2021 May; 102(5): 940-950. DOI: 10.1016/j.apmr.2020.12.015
- 19.** Ocal M, Alaca N, Canbora K. Does Upper Extremity Proprioceptive Training Have an Impact on Functional Outcomes in Chronic Stroke Patients? Medeniyet Medical Journal. 2020; 35(2): 91-98. DOI: 10.5222/MMJ.2020.48752
- 20.** Lopes M. Desafios de Inovação em Saúde: Repensar os Modelos de Cuidados. 2021. Disponível em: <https://imprensa.uevora.pt/uevora/catalog/view/24/22/57-1>
- 21.** Hong I, Goodwin J, Reistetter T, Kuo YF, Mallinson T, Karmarkar A, Lin L, Ottenbacher, J. Comparison of Functional Status Improvements Among Patients With Stroke Receiving

- Postacute Care in Inpatient Rehabilitation vs Skilled Nursing Facilities. *JAMA Network Open*. 2024 Apr; 2(12): e1916646-e1916646. Doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.16646
- 22.** Duc Nguyen M, Van Tran T, Vinh Nguyen Q, Khac Nguyen N, Truong Vu S, Trong Nguyen L, Vu Phuong Dang L. Effectiveness on post-stroke hemiplegia in patients: electroacupuncture plus cycling electroacupuncture alone. *J Tradit Chin Med*. 2023 Apr; 43(2):352-358. Doi: 10.19852/j.cnki.jtcm.2023.02.006.
- 23.** Yu-Hsin Chen, Chia Ling Chen, Ying-Zu Huang, Hsieh-Ching Chen, Chung-Yao Chen, Ching-Yi Wu, Keh-chung Lin. Augmented efficacy of intermittent theta burst stimulation on the virtual reality-based cycling training for upper limb function in patients with stroke: a double-blinded, randomized controlled trial. *J NeuroEngineering Rehabil*. 2021; 18, 91 . <https://doi.org/10.1186/s12984-021-00885-5>
- 24.** Xing & Yulong Bai. A Review of Exercise-Induced Neuroplasticity in Ischemic Stroke: Pathology and Mechanisms. *Molecular Neurobiology*. 2020; 57:4218–4231. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12035-020-02021-1>
- 25.** Zubrycki I, Prączko-Pawlak E, Dominik I. Sensing System for Plegic or Paretic Hands Self-Training Motivation. *Sensors (Basel, Switzerland)*. 2022 Mar; 22 (6). DOI: 10.3390/s22062414
- 26.** Oyake K, Sue K, Sumiya M, Tanaka S. Physical Therapists Use Different Motivational Strategies for Stroke Rehabilitation Tailored to an Individual's Condition: A Qualitative Study. *Phys Ther*. 2023 Jun; 103(6): Doi: 10.1093/ptj/pzad034.
- 27.** Petronilho F, Margato C, Mendes L, Areias S, Margato R, Machado M. O autocuidado como dimensão relevante para a enfermagem de reabilitação. In Ribeiro O (Ed.). *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas*. Lidel; 2021. 67–75 p.
- 28.** Ordem dos enfermeiros. Regulamento n.º 392/2019 de 3 de maio: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, 2a Série, 85. 2019. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/122216893/details/maximized>
- 29.** Ordem dos enfermeiros. Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem. Ordem dos enfermeiros. 2015. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf

30. Tobarro F. Função Sensoriomotora. In Marques-Vieira C, Sousa L (Eds.), Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida. Lusodidacta; 2017. 159-166 p.

31. International Council of Nurses. CIPE®- Classificação internacional para a prática de enfermagem: Versão 1.0. Loures: Lusociência; 2015.



© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e APER/RPER 2022. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC-ND. Nenhuma reutilização comercial.