

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

A PESSOA COM COMPROMISSO NO EQUILÍBRIO:
CONTRIBUTO DOS ENFERMEIROS
ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO

PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS NA
ÁREA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Autor

Ricardo Jorge Olim Vieira

Porto, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

A PESSOA COM COMPROMISSO NO EQUILÍBRIO: CONTRIBUTO DOS ENFERMEIROS
ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO - PROJETO DE
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS NA ÁREA DE
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

THE PERSON WITH COMMITMENT IN BALANCE: CONTRIBUTION OF SPECIALIST
REHABILITATION NURSES - PROJECT TO DEVELOP SPECIALIZED CLINICAL SKILLS IN
THE AREA OF REHABILITATION NURSING

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Orientador(es)

Olga Maria Pimenta Lopes Ribeiro
Professor Adjunto, Doutor

Maria Narcisa da Costa Gonçalves
Professor Adjunto, Mestre

Autor

Ricardo Jorge Olim Vieira

Porto, 2024

RESUMO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular "Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II" integrado no plano de estudos do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação lecionado pela Escola Superior de Enfermagem do Porto. Assim, este relatório espelha o processo de aquisição e desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e de Competências de Mestre, tendo como objetivo descrever esse processo, no qual foi desenvolvida uma intervenção sistematizada de Enfermagem de Reabilitação que abordou "A Pessoa com Compromisso no Equilíbrio: Contributo dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação".

Foram definidos objetivos com a finalidade de desenvolver as competências preconizadas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, em articulação com os descritores de Dublin para a aquisição do grau de mestre e, também, de forma a dar resposta à problemática em estudo, com base na análise e reflexão das atividades desenvolvidas nos distintos contextos de prática clínica, adotando como referenciais conceptuais a Teoria do Autocuidado de Orem e a Teoria das Transições de Meleis. Foram realizados dois estudos de caso do tipo descritivo de acordo com a Ontologia de Enfermagem, e com recurso à plataforma e4Nursing.

A realização do Estágio de Natureza Profissional, possibilitou o desenvolvimento e consolidação de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, assim como das Competências Específicas e de Mestre em Enfermagem de Reabilitação, com especial enfoque no domínio de atenção: Equilíbrio. A sistematização dos cuidados de enfermagem de reabilitação revelou-se capaz de melhorar a recuperação do equilíbrio corporal na Pessoa com Síndrome de *Chiari* e na Pessoa com Acidente Vascular Cerebral Isquémico, maximizando a sua funcionalidade, autonomia e promoção da participação social.

O percurso formativo revelou-se potenciador do crescimento pessoal e profissional, com a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Palavras-Chave: Enfermagem de Reabilitação | Perfil de Competências | Equilíbrio | Transição

ABSTRACT

This report is part of the course "Professional Internship with Report - Module II", which is part of the syllabus for the 1st Master's Degree in Rehabilitation Nursing, taught by the Escola Superior de Enfermagem do Porto. Thus, this report reflects the process of acquiring and developing competences as a Specialist Rehabilitation Nurse and Master's Competences, with the aim of describing this process, in which a systematised Rehabilitation Nursing intervention was developed that addressed "The Person with Commitment in Balance: Contribution of Specialist Rehabilitation Nurses".

Objectives were defined with the aim of developing the competences recommended for the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing, in conjunction with the Dublin descriptors for the acquisition of the master's degree and also in order to respond to the problem under study, based on the analysis and reflection of the activities developed in the different contexts of clinical practice, adopting Orem's Self-Care Theory and Meleis' Transitions Theory as conceptual references. Two descriptive case studies were carried out in accordance with the Nursing Ontology, using the e4Nursing platform.

The Professional Internship enabled the development and consolidation of the Common Competences of the Specialist Nurse, as well as the Specific Competences and Master's Degree in Rehabilitation Nursing, with a special focus on the area of attention: Balance. The systematisation of rehabilitation nursing care proved capable of improving the recovery of body balance in people with Chiari Syndrome and people with ischaemic stroke, maximising their functionality, autonomy and promoting social participation.

The training programme proved to enhance personal and professional growth, with the acquisition and development of the common and specific competences of the Nurse Specialising in Rehabilitation Nursing.

Keywords: Rehabilitation Nursing | Competence Profile | Balance | Transition

ABREVIATURAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral;

AVD'S - Atividades de vida diárias

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem;

CPA - Centro de Promoção de Autonomia;

DGS - Direção Geral de Saúde;

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação;

ER - Enfermagem de Reabilitação;

GUSS - Gugging Swallowing Test;

ICN - International Council of Nurses;

MER - Mestrado em Enfermagem de Reabilitação;

MRC - Medical Research Council Muscle Scale;

OE - Ordem dos Enfermeiros;

TAC - Tomografia Axial Computadorizada;

TAC-CE - Tomografia axial computadorizada - Cranioencefálica;

TUG - Teste Time Up and Go;

URR - Unidade Reabilitação Respiratória;

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	13
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	17
3. CENÁRIO_1	27
3.1. Enquadramento teórico	27
3.2. Clientes	34
3.3. Medicação	35
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	35
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	36
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	36
3.5. Domínios	36
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	37
3.6. Conceção de Cuidados	44
3.7. Especificação das intervenções	75
3.8. Síntese relativa ao caso	81
4. CENÁRIO_2	85
4.1. Enquadramento teórico	85
4.2. Clientes	90
4.3. Medicação	90
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	91
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	92
4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	93
4.5. Domínios	93
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	93
4.6. Conceção de Cuidados	101
4.7. Especificação das intervenções	127
4.8. Síntese relativa ao caso	137
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	141
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	173
7. BIBLIOGRAFIA	177
ANEXOS	191

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Tabela 1- Exercícios de treino de equilíbrio

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

Ao longo dos últimos anos, a Enfermagem de Reabilitação (ER) em Portugal tem vindo a afirmar-se e a ganhar visibilidade e relevo nas instituições de saúde, desempenhando um papel essencial e crucial, tanto a nível do cuidar como a nível da promoção e prevenção da saúde da população, abordando e olhando para as pessoas de forma holística e num todo, ajudando-as e contribuindo de forma positiva para o seu processo de recuperação, readaptação a nova condição de saúde e na melhoria da sua qualidade de vida.

Sendo assim, a génese do presente relatório de estágio tem como finalidade explanar todo o percurso e trajeto subjacente a aquisição e ao desenvolvimento de competências, comuns e específicas relativas ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), e à aquisição de competências de Mestre em Enfermagem de Reabilitação, guiando-se sempre pelos princípios éticos, morais, sustentando a prática na literatura e na mais recente evidência científica, e nunca descorando a parte técnica e humana subjacente à mesma.

O mesmo serviu ainda para desenvolver e aprimorar habilidades fundamentais para o exercício da prática de ER, como sendo o planejar e o implementar de programas de ER individualizados, a avaliação contínua das necessidades e evolução das pessoas e a coordenação de cuidados multidisciplinares de acordo com suas especificidades, refletindo-se na completude da conceção de cuidados de ER.

A conceção deste relatório surge no âmbito da Unidade Curricular “Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II”, inserida no plano de estudos do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (MER), da Escola Superior de Enfermagem do Porto (2022 / 2024) intitulado **“A Pessoa com Compromisso no Equilíbrio: Contributo dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação”**, formalizado sob orientação da Professora Doutora Olga Ribeiro e coorientação da Professora Narcisa Gonçalves.

Deste modo, com a execução deste relatório, o primeiro objetivo geral centra-se no desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019), tendo como objetivos específicos: aprofundar competências comuns em Enfermagem Especializada no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; aprofundar competências comuns em Enfermagem Especializada no domínio da melhoria contínua da qualidade; aprofundar competências comuns em Enfermagem Especializada no domínio da gestão dos cuidados; aprofundar competências comuns em Enfermagem Especializada no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

A nível mais específico e no campo das competências específicas do EEER, o segundo objetivo

geral foca-se no desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação à luz do Regulamento das Competências Específicas (Regulamento nº 392/2019), tendo como objetivos específicos: aprofundar competências específicas de ER para cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; aprofundar competências específicas de enfermagem de reabilitação para capacitar as pessoas com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; aprofundar competências específicas de ER para maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Na sequência da seleção de uma temática específica, o terceiro objetivo geral centra-se no desenvolvimento de competências específicas para a tomada de decisão clínica de ER no domínio do equilíbrio, tendo como objetivos específicos: aprofundar competências específicas para identificar dados relevantes na pessoa com compromisso no equilíbrio; aprofundar competências específicas para diagnosticar as alterações na pessoa com compromisso no equilíbrio; aprofundar competências específicas para identificar objetivos e planejar intervenções na pessoa com compromisso no equilíbrio; aprofundar competências específicas para implementar intervenções de ER na pessoa com compromisso do equilíbrio; aprofundar competências específicas para avaliar os resultados das intervenções implementadas na pessoa com compromisso no equilíbrio.

Portanto, este relatório permitirá expor todo o trabalho desenvolvido ao longo das componentes clínicas e explanará o percurso de aprendizagem feito, tanto a nível reflexivo, como também no que concerne à aquisição, expansão e consolidação de conhecimentos e maturação da consciência crítica por parte do mestrando, refletindo sobre as ações realizadas e as suas implicações éticas e sociais para a essência do cuidado.

A metodologia adotada para a realização deste relatório, centrou-se no método descritivo-analítico, através da revisão de literatura da temática em apreço recorrendo-se a livros, revistas científicas, bases de dados indexadas, assim como na experiência profissional, já de vários anos, no contexto hospitalar, no pensamento crítico e na troca de ideias e discussão com as orientadoras do relatório, os enfermeiros tutores nos contextos de estágio, os EEER, e colegas tanto do serviço como do curso.

Como tal, estruturalmente o relatório encontra-se dividido em sete partes. A primeira parte inicia-se com a presente introdução, onde é mencionado e abordado qual o propósito da realização deste trabalho, o tema de interesse que foi escolhido, submetido e aprovado pelo Conselho Técnico-Científico da instituição de ensino, e quais os objetivos propostos a atingir com a execução deste documento académico. Na segunda parte proceder-se-á à caracterização dos contextos clínicos, onde será efetuada a descrição e caracterização dos diferentes contextos de cuidados (espaço físico, recursos humanos, recursos físicos, recursos materiais, equipas multidisciplinares), que permitiram adquirir e desenvolver competências de ER.

Na terceira e quarta parte apresentam-se dois estudos de caso, que além de evidenciarem o desenvolvimento de competência para o processo de tomada de decisão clínica em ER, também refletem o investimento particular no domínio de atenção: Equilíbrio.

Por fim, na quinta parte, são descritos e abordados os contributos para a aquisição e desenvolvimento das competências gerais e específicas do EEER ao longo deste ciclo de estudos do MER, mais concretamente durante os estágios nos diferentes contextos de prática e relativamente à área específica selecionada: o Equilíbrio, num enquadramento desta temática sustentado numa revisão da literatura científica atual e alicerçado nos referenciais teóricos de Enfermagem referentes ao Autocuidado e às transições.

A sexta parte destina-se à síntese final deste relatório. A finalizar, a sétima parte contempla as referências bibliográficas.

Com a execução deste relatório pretende-se que o mestrando seja capaz de evidenciar as aptidões adquiridas e desenvolvidas, e que possua sentido de reflexão crítica face às práticas concretizadas, e para tal augura-se que tenha a capacidade de fundamentar e demonstrar todo o conhecimento assimilado, o seu processo de raciocínio com base na evidência científica, e que o demonstre fazendo prestação de prova pública deste mesmo relatório.

Este documento foi todo ele redigido em conformidade com o novo acordo ortográfico, o guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Enfermagem do Porto e a 7ª edição das normas da *American Psychological Association* (APA).

2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)

Este relatório apresenta-se como uma importante e preciosa ferramenta de análise reflexiva e descritiva da prática de Enfermagem de Reabilitação desenvolvida pelo mestrando ao longo dos diferentes contextos clínicos de aprendizagem. O foco está na pessoa com necessidades especiais ao longo do seu ciclo vital, com o intuito de garantir a promoção e manutenção do seu bem-estar, maximização da sua funcionalidade e exponenciar a sua qualidade de vida.

Nesta segunda parte do relatório, serão detalhados os contextos da prática clínica onde decorreu a componente da Unidade Curricular: Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II. Esse componente estágio ocorreu no período de 18 de setembro de 2023 a 12 de janeiro de 2024, totalizando 400 horas de prática clínica. Em seguida, apresentaremos uma breve descrição dos ambientes de prática clínica, incluindo informações sobre recursos humanos, recursos materiais, métodos de organização de trabalho e projetos em desenvolvimento ou estruturação.

- **Serviço Hospitalar em contexto Neurológico**

No que diz respeito ao Serviço Hospitalar em contexto neurológico, o serviço de Neurocirurgia em termos de características físicas é composto por nove enfermarias e dois quartos de isolamento, perfazendo um total de trinta e cinco camas disponíveis.

Nesse serviço, a missão centra-se na conceção e prestação de cuidados diferenciados de saúde e tratamentos continuados às pessoas com compromisso do foro neurocirúrgico, sendo os mais frequentes, as fraturas da coluna vertebral com ou sem indicação cirúrgica, traumatismos vertebro medulares, lesões de compressão medular, lesões cerebrais ocupantes de espaço e traumatismos cranioencefálicos. É um serviço no qual existe uma grande interligação quer com os outros serviços hospitalares, quer da comunidade e serviços sociais. A existência e funcionamento de uma equipa multidisciplinar, composta Enfermeiros e Enfermeiros Especialistas, Neurocirurgiões, Médicos Fisiatras, Neuropsicóloga, Assistente Social, Administrativos, que em comunhão e união, e pondo em prática todo o seu conhecimento empírico e científico, e empenho, asseguram cuidados integrados, especializados e de excelência.

A nível do funcionamento e composição da vasta equipa de enfermagem, esta é constituída por um Enfermeiro Gestor, por enfermeiros especialistas no domínio médico-cirúrgico, enfermeira especialista em saúde mental e psiquiátrica, enfermeiros de cuidados gerais e cinco EEER, que

exercem, na maioria das vezes, cuidados de enfermagem especializados, como também assumem funções de gestão cooperando e colaborando com a gestão do serviço, e, em algumas situações pontuais, funções de enfermagem de cuidados gerais de forma a colmatar as ausências de outros colegas e assegurar os rácios que permitam manter as dotações seguras na prestação de cuidados à pessoa institucionalizada.

Desta forma, a prestação de cuidados especializados por parte do EEER decorre diariamente, fim de semana inclusive, no turno da manhã. A sua atuação e desempenho de funções desenrola-se de acordo com a gestão de prioridades mediante as condições clínicas da pessoa e os objetivos a alcançar, nunca se demitindo das funções e competências específicas enquanto EEER. Como tal, o método de trabalho adotado é o método de gestão de caso, verificando-se toda a envolvimento e articulação com a restante equipa, bem como outros recursos tanto hospitalares como da comunidade (Bloco Operatório; Serviço de Medicina Física e Reabilitação; Serviço de Imagiologia; Serviço de Medicina Transfusional; Serviço de Medicina da Dor; Neuropsicologia; Rede de Cuidados Continuados Integrados; Cuidados de Saúde Primários).

Relativamente à execução dos registos de enfermagem, estes são efetuados no Sistema Eletrónico de Informação de Saúde existente na instituição que se designa- ATRIUM, o qual contém no seu repositório todos os domínios de atenção dos cuidados de enfermagem alicerçados à linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®).

Em termos de recursos existentes neste serviço quer a nível de equipamentos, materiais e ajudas técnicas, destacam-se: carro de emergência, fita métrica, bombas infusoras, esfigmomanómetro digital, oxímetro, monitorização cardíaca, termómetro, estetoscópio, rampas e cilindros de oxigénio, aspirador de secreções, barras paralelas, lanço de escadas, elevador de transferência, mesa de verticalização de altura ajustável, mesas de apoio de altura ajustáveis, insuflador- exsuflador mecânico, ventiladores não invasivos e respetivos interfaces, espirómetro de incentivo, camas articuladas com grades, colchões antiescaras, almofadas de gel, almofadas de múltiplos tamanhos, cadeiras de rodas, cadeiras sanita, arrastadeiras, arrastadeiras bico de pato, andarilho articulado sem rodas, andarilho com rodas, canadianas ajustáveis, canadianas axilares, casas de banho com barras de apoio na sanita e na base de duche, assento e/ou cadeira de banho, alteador de sanita, colares cervicais do tipo *philadelphia*, de resgate e de espuma de variados tamanhos, lombostatos, coletes de *jewett*, faixas abdominais, faixas pélvicas de contenção e imobilizadores de pulso.

• **Serviço Hospitalar em contexto Cardiorrespiratório**

Relativamente ao Serviço Hospitalar de Pneumologia, este constitui-se por uma equipa de saúde ampla (Enfermeira Gestora, Enfermeiros Especialistas em médico-cirúrgica na subespecialidade da Pessoa em situação crítica, enfermeira especialista em saúde mental e psiquiátrica, EEER

(quatro enfermeiros), Enfermeiros de cuidados gerais, Pneumologistas, Técnicos de cardiopneumologia, Nutricionista, Dietista, Assistente Social e Administrativos.

Este serviço comporta várias valências, sendo elas a Unidade de Internamento que possui sete enfermarias perfazendo um total de 21 camas e ainda um isolamento, um Bloco de exames complementares e diagnóstico, um Hospital de Dia, a Consulta Externa e uma Unidade de Reabilitação Respiratória (URR) criada em plena pandemia em 2021, por três dos EEER do serviço, dando corpo e forma a um projeto inovador idealizado e concebido pelos mesmos, com o apoio dos Pneumologistas.

A missão deste serviço foca-se na assistência integral à pessoa com afeções do compromisso respiratório em situação aguda como também no acompanhamento e prevenção de agudizações da pessoa com compromisso respiratório crónico em ambulatório, de que são exemplos casos como: insuficiência respiratória, a patologia do sono e a deficiência de Alfa1 Antitripsina.

É um serviço onde se prestam cuidados integrais de enfermagem diferenciados e especializados, pois na sua génese a equipa possui muitos profissionais afetos a várias especializações de enfermagem. Relativamente aos EEER, estão presentes diariamente ao longo da semana, e um ao sábado, sempre durante o turno da manhã. Assumem o método de trabalho de gestor de caso, ficando os doentes distribuídos no rácio 3:22 no internamento, e na URR o rácio é de um EEER para três clientes, por cada sessão de Reabilitação Respiratória, sendo que esta unidade está encerrada durante o fim-de-semana.

Em termos de planeamento e desenvolvimento diário da atuação enquanto EEER, existe uma visão global de todas as pessoas internadas, onde todos são passíveis de ter necessidade de cuidados de ER, sendo sempre feita uma priorização de acordo com a condição de cada pessoa. O EEER é autónomo na conceção e implementação dos planos de cuidados, e a sua tomada de decisão tem por base os dados apreciados, assim como a discussão dos casos com os restantes elementos da área da reabilitação, nomeadamente no que se refere às alterações quer a nível de dados analíticos, gasométricos, parâmetros de ventilação não invasiva, estabilidade hemodinâmica, evolução e ganhos funcionais que a pessoa apresentou no decorrer dos turnos anteriores.

Os EEER norteiam e sustentam a sua prática fazendo uso de escalas e instrumentos de avaliação, que além de contribuírem para a colheita de dados relevantes, permitem objetivar os ganhos obtidos com a sua intervenção, tornando mais concreta a evolução da pessoa. O uso de instrumentos de medida e escalas válidas, facilita ainda a atualização do plano de cuidados, assim como as necessárias atualizações decursivas da evolução e da avaliação contínua. Neste contexto de estágio, as escalas usadas foram: Escala de Coma de *Glasgow*, *Mini-mental State Examination*, Escala de *Braden*, Escala de *Morse*, Índice de *Barthel*, *Medical Research Council Muscle Scale*, Escala de *Ashworth* modificada, Escala de Equilíbrio de *Berg*, *COPD Assessment*

Test - CAT, Goniometria, Modified MRC Dyspnea Questionare - mMRC, Escala de Borg Modificada, London Chest Activity of Daily Living - LCADL, 1 minute sit-to-stand - STS, Prova de Marcha de 6 minutos - PM6M, Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS.

Tal como no contexto anteriormente descrito, os registos de enfermagem, são efetuados no Sistema Eletrónico de Informação de Saúde - ATRIUM, que possui todos os domínios de atenção referentes aos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa com compromisso do sistema cardiorrespiratório. Alguns dos diagnósticos de ER mais frequentes no serviço são: Limpeza das vias aéreas comprometida, Ventilação comprometida, Capacidade para fazer exercício comprometida.

Relativamente aos equipamentos e materiais que possui, são os seguintes: cronómetro, bombas infusoras, esfigmomanómetro digital, oxímetro, monitorização cardíaca, termómetros, estetoscópios, carro de emergência e desfibrilhador, rampas e cilindros de oxigénio, concentrador de oxigénio portátil, ventiladores não invasivos e respetivos interfaces, aspiradores de secreções, espirómetros de incentivo, Flutter, *Peak Flow Meter*, Fita métrica, faixas e bandas elásticas de resistência, espaldar, *steps*, espelho quadriculado, bastão com ou sem pesos, bolas terapêuticas, bosu, pesos maleolares, halteres, pedaleira, bicicleta ergométrica, cicloergómetro, passadeira elétrica, barras paralelas, sistema de roldanas, lanço de escadas, camas articuladas com grades, marquesa articulada, colchões antiescaras, almofadas de gel, cadeiras de rodas, cadeiras sanita, andarilhos articulados sem rodas, andarilhos com rodas, canadianas, casas de banho com barras de apoio na sanita e na base de duche, assento e/ou cadeira de banho, imobilizadores de punho, coletes de contenção, faixas abdominais e pélvicas de contenção.

É de salientar que os EEER deste serviço são muito proativos na procura de informação e evidência científica, e também em frequentar diversas formações certificadas na área da enfermagem de reabilitação, com o ónus de qualificarem os cuidados de ER que prestam.

• **Serviço Hospitalar em contexto Musculoesquelético**

O Serviço Hospitalar de Ortopedia é composto por nove enfermarias, perfazendo um total de trinta e três camas, e dois quartos de isolamento, cingindo-se a sua capacidade total a trinta e cinco camas para admissão de pessoas com compromisso do sistema musculoesquelético, sejam elas em situação aguda, como em situação de cirurgias programadas.

A missão deste serviço prende-se com a prestação de cuidados de saúde integrados, à pessoa acometida por compromissos musculoesqueléticos, sendo que maioritariamente são admitidas pessoas com fraturas com tratamento conservador (talas gessadas, trações cutâneas), osteossínteses, rutura ou fraturas ligamentares, gonoartroses com indicação para artroplastia, coxartroses com indicação para artroplastia total ou hemiartroplastia e politraumatismo sem

compromisso hemodinâmico.

Quanto a constituição da equipa de enfermagem, de momento, a gestão do serviço é assegurada por uma EEER, pois a anterior gestora do serviço assumiu outras funções na instituição; constam ainda enfermeiros especialistas na área médico-cirúrgica, enfermeiros de cuidados gerais e três EEER. A organização dos cuidados está direcionada para a satisfação das necessidades prementes da pessoa com compromisso do sistema musculoesqueléticos. No âmbito do processo de tomada de decisão clínica, os EEER têm em consideração os referenciais teóricos, assim como diversos instrumentos de apoio, de que é exemplo: a Escala de Coma de *Glasgow*, a Escala de *Braden*, a Escala de *Morse*, o Índice de *Barthel*, a *Medical Research Council Muscle Scale*, a *Goniometria*, a *Medida de Independência Funcional*.

Relativamente ao método de trabalho, é usado o método de gestão de caso, e é de salientar que existe uma boa articulação e cooperação com os outros profissionais de outros departamentos hospitalares tais como o Bloco Operatório, o Serviço de Imagiologia, Serviço de Medicina Transfusional, Serviço de Medicina da Dor, Serviço de Medicina Física e Reabilitação, assim como da comunidade tais como a Rede de Cuidados Continuados Integrados e os Cuidados de Saúde Primários.

Em termos de distribuição dos EEER relativamente aos horários e rácios, ao longo da semana estão dois EEER nos turnos da manhã e um nos turnos da tarde, sendo que ao fim-de-semana apenas existe o destacamento de um EEER nos turnos da manhã. A gestão e planeamento dos cuidados prestados e dos planos de reabilitação a serem instituídos pelo EEER centra-se no estabelecer e definir prioridades de acordo com conhecimento que já têm de turnos anteriores em que assistiram aquelas pessoas, das informações que recolhem aquando das passagens de turno junto dos outros colegas, das condições clínicas, e dos dados relevantes aquando da avaliação da pessoa.

Os registos de enfermagem, com recurso à linguagem classificada da CIPE® são documentados no Sistema Eletrónico de Informação de Saúde - ATRIUM, que possui no seu repositório os principais domínios de atenção tanto dos cuidados gerais, como dos cuidados especializados. Atendendo à condição das pessoas internadas neste serviço os diagnósticos mais frequentemente identificados são: Movimento da articulação da anca comprometido, Movimento da articulação do joelho comprometido, Conhecimento comprometido para o uso de auxiliar de marcha, Capacidade comprometida para andar com auxiliar de marcha, Risco de queda, Equilíbrio comprometido.

A nível de recursos físicos, equipamentos e materiais, este serviço está munido com carro de emergência, fita métrica, bombas infusoras, esfigmomanómetro digital, oxímetros, monitorização cardíaca, termómetros, estetoscópios, rampas e cilindros de oxigénio, aspiradores de secreções, kits de tração cutânea, artromotor, barras paralelas, lanço de escadas, e ainda, camas articuladas com grades, colchões antiescaras, almofadas de gel,

almofadas de múltiplos tamanhos, cadeiras de rodas, cadeiras sanita, arrastadeiras, arrastadeiras bico de pato, andarilhos articulados sem rodas, andarilhos com rodas, canadianas ajustáveis, canadianas axilares, casas de banho com barras de apoio na sanita e na base de duche, assento e/ou cadeira de banho, alteador de sanita, talas *Depuy*, imobilizadores de punho, coletes, faixa abdominais e faixas pélvicas de contenção.

No geral, toda a equipa é muito empenhada e determinada, prestando cuidados de qualidade, e atendendo sempre à singularidade, crenças e valores da pessoa que se encontra institucionalizada com compromisso do sistema musculoesquelético, primando por otimizar e promover a máxima funcionalidade e autonomia das mesmas, sem nunca descurar a parte familiar e social, sendo muitas vezes a ponte com os recursos da comunidade.

- **Serviço Hospitalar em contexto de Pediatria**

O serviço de Pediatria é composto por 10 enfermarias tendo como lotação total 35 camas, que dão resposta aos internamentos de natureza aguda, assim como a situações referentes a cirurgias pediátricas eletivas. É um serviço que detém várias valências específicas como a Unidade de Internamento, Unidade de Neuropediatria, Unidade de Ortopedia Pediátrica, Hospital de dia da Pediatria. Existe também uma ligação e relação de proximidade com o Serviço de Urgência Pediátrica e também com a Consulta Externa.

Apresenta-se como um serviço que tem por missão a prestação de cuidados de enfermagem pediátrica de excelência, suportando e direcionando todos as suas intervenções a crianças e adolescentes com as mais diversas patologias, e afeções tais como, compromisso neuromuscular com ou sem défices sensoriais, compromisso do sistema cardiorrespiratório, sendo mais comuns as bronquiolites, pneumonias, derrame pleural, asma agudizada, doenças do interstício, fibrose quística, bronquiectasias, doenças cardíacas, com compromisso do sistema musculoesquelético e também a crianças e adolescentes em situação paliativa. Simultaneamente, existe um acompanhamento e uma grande envolvência e suporte da família durante todo a situação de internamento.

A equipa de Enfermagem é liderada por uma Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, que assumiu o papel de enfermeira gestora sucedendo à anterior Enfermeira Gestora que se aposentou. É uma equipa diferenciada e especializada, composta na sua maioria por especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica, e por três enfermeiros especializados em ER que têm como foco central a criança, mas também a envolvência dos pais/familiares fornecendo ensinamentos e ferramentas essenciais, na aceitação e adaptação a todo este processo de transição saúde-doença adotando uma metodologia de gestão de caso alicerçada nos pais como parceiros ativos no plano terapêutico.

Os EEER estão presentes no serviço maioritariamente nos turnos da manhã, durante a semana,

em que um fica destacado para o Hospital de dia e os outros 2 ficam alocados a enfermaria trabalhando num rácio de 2/35. Relativamente a organização dos cuidados preconizada, após uma avaliação pormenorizada e detalhada, com identificação dos dados pertinentes, prestam cuidados especializados e centrados na criança e em parceria com a família, envolvendo e fomentando uma relação terapêutica, com estes.

Para os registos de enfermagem é usado o Sistema Eletrónico de Informação de Saúde - ATRIUM, que contém no seu repositório os principais domínios de atenção dos cuidados especializados em ER na Pediatria.

No que concerne aos recursos, materiais e equipamentos, é um serviço que possui, esfigmomanómetro digital, oxímetro, termómetro, estetoscópio, carro de emergência e desfibrilhador, rampas e cilindros de oxigénio, concentrador de oxigénio portátil, ventiladores não invasivos e respetivas interfaces, aspirador de secreções, espirómetro de incentivo, Insuflador-exsuflador mecânico, fita métrica, halteres, espelho vertical, bastão, corda, bolas terapêuticas, bosu, lanço de escadas, trajeto em piso nivelado traçado, colchões de várias espessuras e texturas, quadro interativo, sensorial e estímulo coordenação motora fina, balões, jogos didáticos, camas e berços articulados com grades, marquesa articulada, colchão antiescaras, almofadas de gel, cadeiras de rodas, canadianas axilares, canadianas de antebraço.

• **Serviço Hospitalar em contexto de Convalescença**

A Unidade de Convalescença da Rede de Cuidados Continuados Integrados é constituído por treze enfermarias, perfazendo um total de vinte e seis camas e vagas disponíveis, que são geridas em articulação constante entre os mais diversos serviços de saúde e a segurança social.

Neste sentido, além dos profissionais de saúde, os assistentes sociais desempenham um papel fundamental nas novas admissões desta unidade, pois fazem uma avaliação detalhada, identificam as carências e necessidades das pessoas internadas nos contextos hospitalares, avaliam as suas condições habitacionais e redes de suporte familiar, no intuito de dar o seu parecer técnico, tornando estas mesmas pessoas elegíveis ou não a uma vaga neste serviço específico, de forma a darem continuidade a sua recuperação, e maximização da funcionalidade.

A principal missão deste serviço, centra-se na prestação de cuidados individualizados e especializados a todas as pessoas que se encontrem a recuperar de uma condição de dependência e/ou limitação da funcionalidade, com perspectivas de obtenção de ganhos em saúde, maximização da sua funcionalidade e autonomia, de forma a obterem a maior qualidade de vida possível.

É uma equipa composta por Médicos da especialidade de medicina interna, por Fisiatras, Psicólogos, Assistentes Sociais, Nutricionista, Dietista, equipa de enfermagem na qual se

inserem a enfermeira gestora, os enfermeiros de cuidados gerais e quatro EEER. Os cuidados prestados são direcionados a situações agudas e de dependência, com o objetivo de promover e atingir a sua máxima autonomia e independência, visando a melhor e mais rápida reinserção social. Neste contexto, a reabilitação e o trabalho desenvolvido pelos EEER constituem uma mais-valia, na medida em que há possibilidade de fazerem a diferença na transição vivenciada pela pessoa e família. Os EEER assumem um papel de destaque no seio da equipa multidisciplinar, pois fazem uso de todo o seu conhecimento e competência pondo-o em prática e ao dispor das pessoas que dele necessitam neste momento de adaptação à sua nova condição de saúde.

Em termos de metodologia de trabalho, relativamente à presença dos EEER, estes asseguram a prestação de cuidados durante a semana, exceto aos fins de semana quando folgam, sendo que ficam dois nos turnos da manhã e dois nos turnos da tarde. Assumem como método de trabalho o método de enfermeiro de referência, estando como tal afetos a determinados clientes aquando a sua admissão acompanhando-os ao longo do seu processo de transição em contexto de internamento na unidade. Aquando da admissão de uma pessoa na unidade, a tomada de decisão relativa aos objetivos, às estratégias e plano de reabilitação a ser desenvolvido e instruído é sustentado em diversos dados, de que são exemplo: o diagnóstico clínico de admissão hospitalar, tipo de lesão, cirurgia efetuada, métodos complementares de diagnóstico e terapêutica, antecedentes pessoais, estado de consciência, força muscular, dinamometria e goniometria, avaliação do equilíbrio, tipo de marcha, graus de dependência e autonomia, uso de ajudas técnicas.

Importa referir que os EEER também desenvolvem diariamente, tanto no período da manhã como no da tarde, todo o seu trabalho especializado com estas pessoas num ginásio denominado de CPA - Centro de Promoção de Autonomia munido de diversos equipamentos que permitem desenvolver programas de treino de exercícios e autocuidados. Trata-se efetivamente de mais uma forma sustentada dos EEER promoverem programas direcionados, bem definidos e estruturados estimulando e promovendo a máxima capacidade funcional das pessoas.

Este serviço está equipado com os mais variados equipamentos e materiais: esfigmomanómetro digital, oxímetros, termómetros, estetoscópios, carro de emergência e desfibrilhador automático externo, rampas e cilindros de oxigénio, concentrador de oxigénio portátil, ventiladores não invasivos e respetivas interfaces, aspiradores de secreções, espirómetro de incentivo, insuflador-exsuflador mecânico, fita métrica, faixas e bandas elásticas de resistência, espaldar, *steps*, espelho quadriculado, bastão, bolas terapêuticas, bosu, pesos maleolares, halteres, pedaleira, bicicleta ergométrica /cicloergómetro, barras paralelas, sistema de roldanas, tábua de Freeman, lanço de escadas, trajeto em piso nivelado traçado, cones de sinalização, dinamómetro, tapete propriocetivo, tapete antiderrapante, tala oroinsuflável, tala suspensão braquial, espelho para treino de feedback visual, colchões de várias espessuras e texturas.

Para além do anteriormente referido, no vasto leque de ajudas técnicas consta ainda: quadro interativo, sensorial e estímulo à coordenação motora fina, camas articuladas com grades, marquesa articulada, colchão antiescaras, almofadas de gel, cadeiras de rodas, cadeiras sanita, andarilho articulado sem rodas, andarilho com rodas, canadianas axilares, canadianas de antebraço, tripé de altura ajustável, casas de banho com barras de apoio na sanita e na base de duche, assento e/ou cadeira de banho, ortóteses estáticas e dinâmicas para pé equino, loiça, conjunto de utensílios de cozinha, lava-louças, torneira de rosca; estendal, cesto de molas de roupa, roupa com fecho, botões e atacador, ferro e tábua de engomar, abotoador de botões, calça meias, rebordo de prato, talheres adaptados.

• **Unidade de Saúde em contexto Comunitário**

Relativamente ao contexto comunitário, mais especificamente o Centro de Saúde, este faz parte da uma ampla rede de estruturas de prestação de cuidados de saúde primários, caracterizando-se por ser uma unidade funcional, estruturante e dinâmica, que atende e dá resposta à população de uma determinada localidade onde esta garantida e assegurada a prestação de um conjunto de cuidados de saúde, gerais e especializados, mediante a área de especialidade procurada pelas pessoas.

No que concerne à equipa de enfermagem, é composta por profissionais proativos, experientes e dedicados, sendo liderados por uma enfermeira especialista que assume transitoriamente funções de gestão. Tem na sua composição enfermeiros de cuidados gerais e de várias áreas de especialidade, nomeadamente especialistas em saúde infantil e pediátrica, saúde materna e obstétrica, saúde comunitária, saúde mental e psiquiátrica, e ER.

Particularmente, em relação a área de atuação do EEER no seio desta comunidade evidencia-se e concretiza-se através das consultas de ER, especificamente, efetuando avaliações funcionais, sessões de reabilitação funcional respiratória, reabilitação cardíaca, reabilitação motora e sensorial, sessões de educação para a saúde, nas quais se dá ênfase a terapêutica inalatória, tratamentos da competência do EEER, recorrendo ainda a estratégias de cuidados tais como a visita domiciliária.

O método de trabalho adotado é o de Enfermeiro Gestor de Caso, com um plano de ação predominantemente autónomo. O EEER baseia as suas decisões em avaliações sistematizadas para identificar necessidades de intervenção e otimizar a função e funcionalidade da pessoa. Isso envolve negociação com a pessoa e as suas redes de suporte (familiares / sociais) para estabelecer objetivos e estratégias de intervenção, adaptando-se aos recursos e contextos ambientais de prática (Unidade de Saúde, e o Edifício Residencial).

A documentação dos registos de ER é efetuada no Sistema Eletrónico de Informação de Saúde - ATRIUM, mais concretamente no portal de Enfermagem em Cuidados de Saúde Primários sendo

todos elaborados tendo como base na linguagem CIPE®. Os diagnósticos de enfermagem mais frequentemente identificados pelo neste contexto de prática são: capacidade comprometida para andar com auxiliar de marcha, conhecimento comprometido sobre como andar com auxiliar de marcha, movimento de articulação da anca comprometido, movimento de articulação do joelho comprometido, ventilação comprometida, limpeza das vias aéreas comprometida. São também usados alguns instrumentos de avaliação e escalas, que apoiam a colheita de dados relevantes, sendo alguns desses instrumentos: o *Mini-mental State Examination*, a Escala de *Braden*, a Escala de *Morse*, Índice de *Barthel*, *Medical Research Council Muscle Scale*, *Goniometria*, Escala de *Ashworth* modificada, *Teste Time Up and Go*, *The Home Falls and Accidents Screening Tool* (HOME FAST), Índice de Apgar Familiar.

Em termos de recursos, equipamentos e materiais, o serviço é dotado de um ginásio com capacidade para seis pessoas, viatura automóvel para visita domiciliária, esfigmomanómetro digital, oxímetro, termómetros, estetoscópio, desfibrilador automático externo, rampas e cilindros de oxigénio, aspirador de secreções portátil, espirómetro de incentivo, faixas e bandas elásticas de resistência, espaldar, espelho, bastão, bolas terapêuticas, bosu, pesos maleolares, marquesa, canadianas de altura ajustáveis, tripés de altura ajustável, andarilho articulado sem rodas, tábua de transferência.

3. CENÁRIO_1

Doente com antecedentes de ansiedade, síndrome depressivo e malformação de Chiari tipo I. A 31/07/2023 recorreu ao SU por um quadro progressivo há cerca de quatro meses caracterizado por dispneia, tosse produtiva, cefaleias, dor abdominal, diminuição da força muscular nos MS's e MI's de predomino distal, dificuldade na marcha por diminuição da força muscular com predomínio no MIE, com ocorrência de várias quedas. Desde 2 meses com dificuldade em deglutir, com vários episódios de engasgamento, tosse e dificuldade respiratória. Refere apresentar vômitos desde há duas semanas. Fica internada no serviço de Neurocirurgia, com indicação para tratamento cirúrgico.

3.1. Enquadramento teórico

- **PESSOA COM COMPROMISSO NO DOMÍNIO DO EQUILÍBRIO**

De forma a fundamentar e sustentar a tomada de decisão inerente aos cenários clínicos que em seguida serão apresentados, procedeu-se a uma breve explanação sobre o domínio do equilíbrio, assim como sobre os aspetos que nesse âmbito são primordiais para o exercício profissional do EEER. Embora no tópico “contributos para o desenvolvimento de competências”, se faça uma explanação mais aprofundada, atendendo a que esse tópico aparecerá posteriormente, entendeu-se como relevante abordar particularidades em relação ao equilíbrio,

antes da apresentação dos casos relativos a doentes com necessidades de reabilitação nesse domínio.

O equilíbrio corporal, é classificado como um “Status: segurança do corpo e coordenação dos músculos, ossos e articulações para movimentar-se, pôr-se de pé, sentar-se ou deitar-se” (CIPE, 2015, p.56). Na mesma ordem de ideias, a OE (2013) refere que o equilíbrio consiste na posição corporal em que o peso se encontra equitativamente distribuído pela superfície de apoio permitindo manter uma postura correta e implicando alinhamento.

Garcia *et al.* (2021), sustentados em alguns autores, referem que o equilíbrio pode ser classificado como sendo estático ou dinâmico. O equilíbrio estático, reporta-se à capacidade de manter a posição do corpo sobre a sua base de sustentação, quer seja de pé ou sentado, e o equilíbrio dinâmico refere-se à manutenção da posição vertical quando o centro de gravidade e a base de sustentação estão em movimento. Tanto um, como o outro estão relacionados, pois para a manutenção do equilíbrio dinâmico é necessário o equilíbrio estático.

De acordo com Coelho *et al.* (2017), as alterações verificadas no equilíbrio são habitualmente observadas em pessoas com patologias do foro neurológico e ortotraumatológico, e podem ser encontradas ao longo da vida, mas sobretudo associadas ao processo de envelhecimento do ser humano.

A manutenção do equilíbrio é um processo complexo que depende da interpretação e integração de vários estímulos sensoriais provenientes das vias aferentes do sistema nervoso central: pela visão, pela sensação de equilíbrio transmitida pelo sistema vestibular ou pela propriocepção (Menoita, 2012).

Para Coelho *et al.* (2017), a manutenção do equilíbrio é vista como um processo complexo, onde o input sensorial é efetuado através do aparelho sensorial periférico, nomeadamente o sistema visual, vestibular, propriocetivo e auditivo, e, posteriormente, processado no sistema nervoso central gerando uma resposta motora adequada.

Segundo Januário & Amaral (2022), o sistema sensitivo-sensorial (visual, vestibular e somato-sensorial), fornece informações ao sistema nervoso central, que vão ser processadas e integradas tanto pelo cérebro, como pelo cerebelo, núcleos da base e tronco cerebral, sendo que, este último, tem uma função de regulação do tónus, dos movimentos e de vários reflexos corporais. Neste contexto, o cerebelo assume também, um papel e função primordial na coordenação dos mecanismos de postura e do equilíbrio, sendo que quando lesado, provoca défices do equilíbrio (Januário & Amaral, 2022).

Assim, o equilíbrio é uma das variáveis mais importantes no status de saúde da pessoa, pela sua explícita necessidade de ser preservado e aperfeiçoado com o intuito de permitir de forma segura e funcional a realização das atividades de vida diárias (AVD's) (Garcia *et al.*, 2021).

O equilíbrio é uma área de atenção dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação repleta de complexidade, uma vez que os dados relevantes para a sua apreciação decorrem de vários fenómenos que se revelam como pilares estruturantes, dos quais se destaca o controlo e postura corporal, a força muscular e a propriocepção, fenómenos estes ainda pouco clarificados, sem critérios bem definidos que possam apresentar-se como facilitadores do rigor e da precisão necessários ao processo de tomada de decisão no domínio do equilíbrio.

Assume-se assim a importância de um diagnóstico e intervenção precoce através da implementação de programas de reabilitação que visem melhorar o equilíbrio corporal e minimizar as consequências decorrentes do mesmo, no sentido da maximização das capacidades funcionais, da promoção do autocuidado tendo em vista a vivência saudável das transições de saúde, a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade (Rocha, et al., 2020). Ribeiro (2021) advoga ainda que a visão do EEER deve ser global, integradora e personalizada cujas estratégias interventivas devem ser concretas, operacionalizáveis e atingíveis.

Garcia et al. (2019) advogam no seu estudo que a implementação de um programa de reabilitação sensoriomotora na recuperação do equilíbrio é uma área significativa de atuação dos EEER, sendo de todo o interesse aumentar o corpo de competências específicas que permita intervir de uma forma mais criteriosa, rigorosa e baseada na maior evidência científica. Os mesmos autores aditam que a implementação de programas de exercício pelos EEER, tendo como alvo a população mais vulnerável, na qual se inclui os idosos, tem de se constituir como uma prática sistemática e sistematizada, profissionalizada, promovendo ganhos em saúde e, em simultâneo, contribuindo para o papel do EEER enquanto elemento fundamental no sistema de saúde, social e económico.

O EEER deve assumir então uma conduta proativa e identificar as necessidades emergentes, intervindo de forma profissional e especializada na implementação de um programa de reabilitação de equilíbrio no sentido de melhorar e reeducar o mecanismo reflexo-postural, inibir a espasticidade, estimular a sensibilidade postural, estimular a ação voluntária dos músculos de modo a preparar a pessoa para o autocuidado.

Este também atua no sentido de melhorar a função, promover a independência, a máxima satisfação da pessoa, auxiliando no processo de transição que envolve a adaptação à situação de doença e dependência, assumindo um papel interventivo e sustentado no seu corpo de conhecimentos e competências científicas (Regulamento n.º 392/2019). Neste contexto, promovendo a adesão da pessoa com alteração de equilíbrio ao plano de reabilitação, o EEER contribui de forma significativa para a capacitação e autoeficácia da mesma para treinar o equilíbrio, potenciando dessa forma a sua recuperação (Ribeiro, 2021).

Menoita (2012), alude que os exercícios de reeducação do equilíbrio devem ser realizados o mais precocemente possível, realizando levante, ainda que, numa fase inicial, possam ser

realizados com a pessoa sentada. Para a mesma autora, torna-se importante instituir o treino de equilíbrio no sentido de poder proporcionar às pessoas a reeducação do mecanismo de reflexo-postural, a inibição da espasticidade e a estimulação da sensibilidade postural indispensáveis para a marcha.

Alcobia et al. (2019), defendem que o treino de equilíbrio corporal assume uma grande importância, e é fundamental para preparar a marcha, sendo que ele é inicialmente efetuado com a pessoa sentada com os pés assentes no chão, salientando ainda, que é importante nesta fase, realizar a correção postural, podendo recorrer-se a um espelho, de forma que pessoa possa autocorrigir a sua postura.

Do ponto de vista de Correia et al. (2019), os treinos de equilíbrio e de proprioção melhoram a condição física da pessoa, aumentando a massa e força muscular, a resistência física e a melhoria no equilíbrio corporal, que por sua vez potencia as capacidades funcionais obtendo ganhos na mobilidade bem como na autoconfiança.

No caso da doente em estudo, segue-se uma descrição mais detalhada do cenário clínico e o enquadramento teórico concetual do Síndrome de Arnold-Chiari ou Malformação de Chiari.

• **DESCRIÇÃO DO CÉNARIO 1: CONCEÇÃO DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM COMPROMISSO DO EQUILIBRIO, DECORRENTE DA MALFORMAÇÃO DE CHIARI**

A Sra. P., uma Pessoa de 55 anos, divorciada, vive sozinha, em casa própria. Tem três filhos, que estão emigrados, que a visitam anualmente. Está desempregada há cerca de um ano. Tem como antecedentes pessoais, perturbação de ansiedade; síndrome depressivo; malformação de Chiari tipo I e é ex-fumadora. Desconhece quaisquer alergias alimentares e medicamentosas.

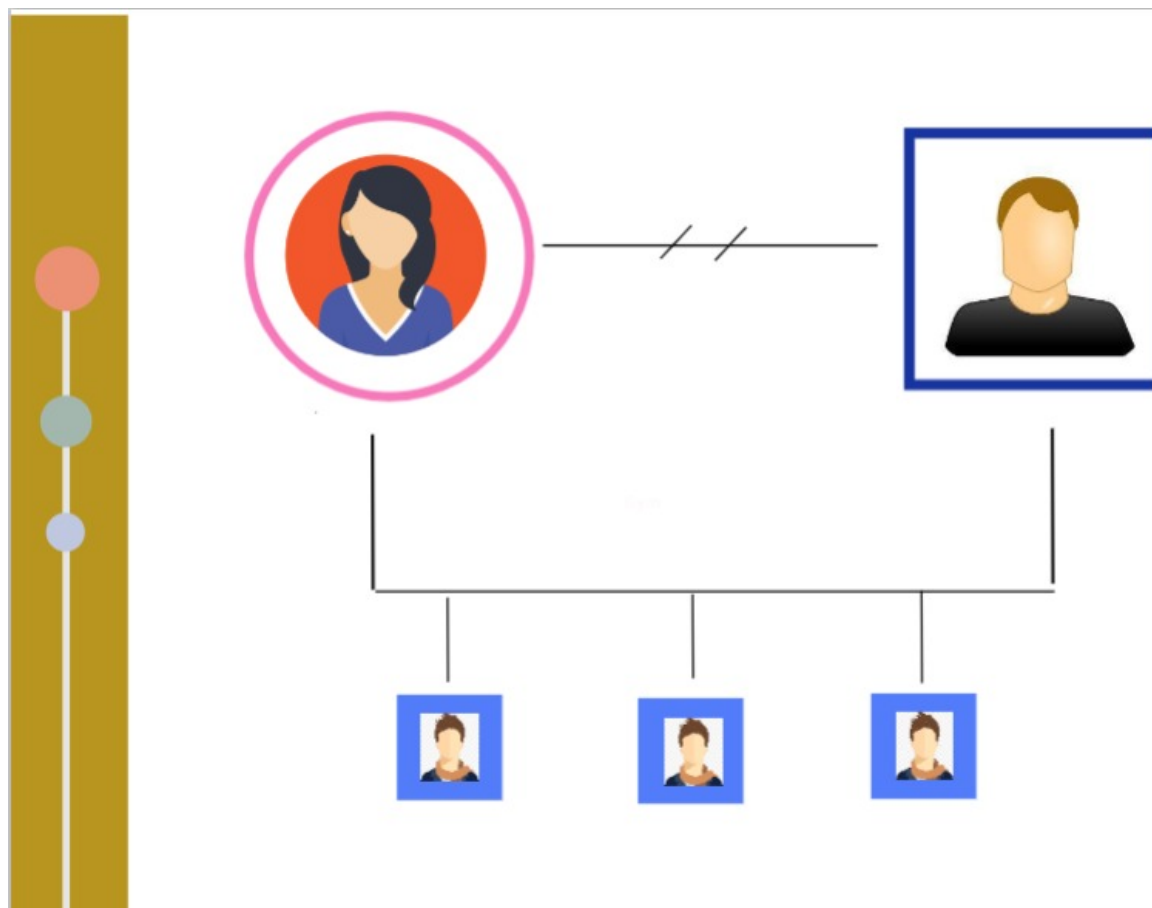
A 31/07/2023 recorreu ao SU por um quadro progressivo, há cerca de quatro meses, caracterizado por dispneia, tosse produtiva, cefaleias, dor abdominal, diminuição da força muscular nos MS's e MI's de predomínio distal, dificuldade na marcha por diminuição da força muscular com predomínio no MIE, com ocorrência de várias quedas. Desde há 2 meses com dificuldade em deglutir, apresentando vários episódios de engasgamento, tosse e dificuldade respiratória. Refere apresentar vômitos desde há duas semanas. Aquando da avaliação inicial no SU, estava, consciente e orientada no tempo, espaço e pessoa, apresentava pupilas isocóricas e fotoreativas; mimica facial mantida e simétrica; força muscular diminuída nos MS's e MI's; hipofonia, parestesias dos MS's e paresia dos MI's; disfagia para líquidos; hipoestesia distal das mãos e hipoestesia do MIE ao nível do pé. Fez TAC CE, que revelou uma malformação de Chiari, sem sinais de hidrocefalia.

Fica internada no serviço de Neurocirurgia, com indicação para tratamento cirúrgico. No dia 02/08/2023 realizou uma RM cervical/cerebral, que confirmou a malformação de Chiari tipo I. A

28/08/2023 utente apresenta quadro febril, acessos de tosse produtiva com eliminação de secreções esverdeadas tendo feito colheita de sangue para análises, hemoculturas, colheita de expetoração e RX tórax, que revelou uma pneumonia bilateral, tendo sido escalada antibioterapia empiricamente. Por agravamento da disfagia foi colocada SNG para alimentação. Deambula em cadeira de rodas. Apresenta equilíbrio sentado diminuído e em ortostatismo comprometido. A 26/09/2023 submetida a cirurgia, craniectomia suboccipital mediana e remoção do arco posterior de C1, com colocação de dreno submuscular aspirativo na região posterior do pescoço, sem necessidade de colocação de colar cervical, tendo ficado internada na unidade cuidados pós-anestésicos durante 3 dias, sendo transferida depois novamente para o serviço de Neurocirurgia.

Conforme referido anteriormente, passamos a apresentar o genograma familiar da pessoa em questão.

- **GENOGRAMA**



- **ENQUADRAMENTO TÉORICO CONCETUAL DO SÍNDROME DE ARNOLD-CHIARI OU MALFORMAÇÃO DE CHIARI**

Segundo Sancho et al. (2012), a síndrome de Arnold-Chiari, que foi descrita por Julius Arnold e por Hans Chiari no final do século passado, consiste numa malformação occipitocervical congênita e rara do sistema nervoso central na qual ocorre um alongamento em sentido caudal do tronco encefálico e do cerebelo até à porção cervical da medula espinhal, através do forame magno, e frequentemente associada a hidrocefalia.

A forma mais frequente desta patologia é caracterizada pela herniação das amígdalas cerebelares, que são estruturas ovoides e bilaterais que se localizam na face inferior do cerebelo, em íntima relação anatômica com o bulbo, que ao se deslocarem para baixo e para frente, podem comprimi-lo, originando graves complicações nas pessoas com esta afeção, que podem culminar em coma, paragem cardiorrespiratória e até na morte (HENRIQUES, 2018).

Oliveira et al. (2013) fazendo referência a Abilel et al. (2013), refere que a prevalência dos casos de Síndrome de Arnold-Chiari tipo I é superior entre os adultos, com predominância de 92% dos casos, sendo que os sintomas, na maioria das vezes, começam a manifestar-se entre os 30 e 40 anos de idade.

Segundo Araújo et al. (2017), existem quatro tipos clássicos de síndrome de Arnold-Chiari. O Tipo I que consiste no deslocamento em sentido inferior das amígdalas do cerebelo por meio do forame magno, sendo este o mais comum, destacando-se pela gravidade dos sintomas. O Tipo II onde ocorre a herniação das amígdalas cerebelares, acrescida de alterações morfológicas em outras estruturas anatômicas como o vermis cerebelar, porção inferior do bulbo e IV ventrículo associadas com a hérnia. O Tipo III em que se verifica a dilatação do cerebelo e do tronco encefálico, que é circundada por uma meningocele que acomete a região cervical alta. Por fim, o Tipo IV que se caracteriza especificamente por uma hipoplasia grave ou aplasia de cerebelo sendo que não ocorre herniação.

Mais recentemente e de acordo com Hidalgo et al. (2023), na síndrome de Arnold-Chiari, Tipo "1,5", dá-se a descida das amígdalas cerebelosas e herniação do tronco cerebral no orifício occipital.

McLone (1983) citado por Araújo et al. (2017), alude que esta malformação é ocasionada pelo desenvolvimento de uma fossa craniana posterior de pequenas dimensões, incapaz de acomodar adequadamente o seu conteúdo da qual resulta um processo de neurulação defeituoso, que além de provocar uma compressão e alongamento das estruturas encefálicas, leva a ocorrência de um fluxo liquórico desarmonioso no interior dos ventrículos cerebrais, daí resultando episódios de hidrocefalia, característicos desta patologia.

Ainda segundo Araújo et al. (2017), em muitos casos algumas comorbilidades podem associar-se a esta patologia, tais como, a fusão de vértebras cervicais, escoliose, meningocele e mielomeningocele. Por outro lado, a siringomielia, hidromielia e impressão basilar, esclerose múltipla, desenvolvimento defeituoso do atlas e do eixo, entre outras malformações podem ser

confundidas com a síndrome de Chiari.

Por não se tratar de uma anomalia de sinais clínicos tão óbvios, esta é diagnosticada, quase sempre, na vida adulta, através de uma anamnese detalhada e rigorosa, exames complementares de diagnóstico, como ressonância nuclear magnética (RNM) do encéfalo e medula cervical e tomografia computadorizada do crânio (TAC) devido à facilidade em visualizar as alterações morfológicas no rombencéfalo. Outros exames complementares tais como, raio-x de crânio e coluna cervical, mielografia, pneumoencefalografia, angiografia e ventriculografia, também podem ser feitos, com o intuito de um diagnóstico preciso e para excluir outro tipo de patologias (Araújo et al., 2017).

As alterações clínicas nestas pessoas são extremamente variáveis, e vão desde as manifestações motoras e sensoriais até às alterações autonômicas, uma vez que são dependentes de diversos fatores tais como a idade, anomalias associadas e quais as estruturas corporais que estão comprometidas pela malformação.

Sendo assim, os sinais e sintomas manifestados pelos portadores desta síndrome segundo Araújo et al. (2017) são: fraqueza nos membros inferiores, marcha atáxica, cefaleia occipital, parestesia, disfagia, distúrbios visuais, vertigens, espasticidade, e alterações respiratórias tais como apneia, apneia do sono e falta de ar relacionada com o esforço físico.

Outros sintomas descritos são cervicalgias, paresia dos membros, visão alterada, dor nos membros superiores e/ou inferiores, alterações da sensibilidade, lombalgias, falta de equilíbrio, disestesias, transtornos da linguagem, problemas de controle dos esfíncteres, insónias, vômitos, perda de consciência e tremores.

Não obstante, esta síndrome pode também ser uma malformação assintomática, e igualmente pode causar outros sintomas, como episódios intensos de hidrocefalia em consequência da obstrução do fluxo líquórico, provocando aumento do volume craniano e alargamento dos ventrículos cerebrais, para além de que a compressão que se verifica sobre o bulbo pode levar ao surgimento de outras complicações sistémicas, uma vez que é no bulbo que está localizado o centro respiratório, vasomotor e do vômito (Henriques, 2019).

No caso de pacientes, portadores de malformação de Chiari que desenvolveram hidrocefalia leve, o tratamento é realizado através da colocação de um Shunt ventrículo-peritoneal ou derivação ventricular peritoneal, que vai permitir a drenagem do líquido excedente para o peritoneu através de um cateter ventricular proximal que é posicionado no ventrículo e é conectado a uma válvula unidirecional que vai controlar a pressão dentro do cérebro, deixando sair o LCR acumulado, e está ligada a um tubo tunelizado subcutaneamente até ao abdómen (peritoneu) onde se dá a absorção desse líquido.

No caso dos pacientes que já apresentam sintomas progressivos e debilitantes, como o aumento da pressão intracraniana e as intensas crises álgicas, o tratamento mais adequado a ser

indicado é o cirúrgico (Oliveira *et al.* , 2011).

Chinchurreta-Capote *et al.* (2007), citado por Araújo *et al.* (2017), referem que na maioria das vezes a abordagem escolhida aquando do tratamento cirúrgico, é a descompressão do forame magno através de uma craniectomia.

Embora este processo cirúrgico traga benefícios para os doentes, tais como uma percentagem muito reduzida do risco de morte súbita, e apresentar bom prognóstico em alguns casos, ainda é considerado um procedimento que tem muitas desvantagens para os doentes, visto que não elimina a causa, apresenta uma taxa de mortalidade superior à taxa de morte súbita, pode deixar sequelas e défices neurológicos devido à agressividade da intervenção, possibilita poucas melhorias, há grande risco de hemorragia pós-operatória, desenvolvimento de meningites, possibilidade de desenvolver hidrocefalia pós-operatória, entre outros malefícios.

Souza *et al.* (2021) na sua revisão de literatura referem que o Institut Chiari & Siringomielia & Escoliosis de Barcelona, no ano de 2019 apresentou uma nova técnica cirúrgica para tratar os doentes com malformação de Chiari, técnica essa, que consiste na secção do filamento terminal da medula espinhal, com intuito de anular as forças de tração exercidas sobre a medula, em tentativa de cessar o movimento descendente das estruturas encefálicas que se deslocaram pelo forame magno, fazendo com que a evolução da doença seja interrompida, através da eliminação da causa, o que reduz de forma significativa os sintomas apresentados. A secção é um procedimento bastante simples, que consiste numa pequena abertura no sacro, onde se localiza o filamento terminal que é, então, seccionado pelo neurocirurgião. Esta técnica não só é menos invasiva, como também apresenta vantagens consideráveis se comparadas com a craniectomia, tais como, apresenta uma taxa de 0% de mortalidade em mil casos analisados, é rápida, evita hidrocefalia, e melhora a circulação.

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 55 anos | Feminino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-10-02 08:00:00	Sertralina 50 mg 1 comprimido de manhã	
2023-10-02 08:00:00	Bevespi Aerosphere(brometo de glicopirronio+formoterol 2 PUFFs de manhã e 2 PUFFs à noite	
2023-10-02 08:00:00	Mirtazapina 15 mg 1 comprimido à noite	
2023-10-02 08:00:00	Diazepam 5 mg 1 comprimido de manhã e à noite	
2023-10-02 08:00:00	Amitriptilina 10 mg 1 comprimido à noite	
2023-10-02 08:00:00	Paracetamol 1 gr EV 8h/8h	
2023-10-02 08:00:00	Esomeprazol 40 mg 1 comprimido às 9h	
2023-10-02 08:00:00	Metilprednisolona 40 mg 1 ampola EV às 9h e às 21h	

3.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Sertralina 50 mg: pertence a um grupo de medicamentos denominados Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRSs), que são utilizados para tratar a depressão major, perturbações de ansiedade, perturbação de pânico, perturbação Obsessiva-Compulsiva e perturbação de Stress Pós-Traumático.

Alguns dos seus efeitos secundários mais frequentes são: insónia, tonturas, sonolência, dor de cabeça, diarreia, enjoo, boca seca e fadiga.

Mirtazapina 15mg: antidepressivo antagonista alfa 2 pré-sináptico ativo a nível central, que aumenta a neurotransmissão noradrenérgica e serotoninérgica, está indicado em adultos para o tratamento de episódios de depressão major.

Praticamente não possui atividade anticolinérgica e em doses terapêuticas, tem apenas efeitos limitados sobre o sistema cardiovascular.

Alguns dos efeitos indesejados mais frequentes são: sonolência, sedação, xerostomia, aumento de peso, aumento do apetite, tonturas e fadiga.

Diazepam 5mg: é um tranquilizante benzodiazepínico com efeitos ansiolíticos, sedativos, miorrelaxantes, anticonvulsivantes e amnésicos, está indicado no tratamento sintomático da

ansiedade, tensão e outros distúrbios físicos ou psicológicos associados à ansiedade. Também é utilizado como terapêutica adjuvante na diminuição do espasmo muscular reflexo devido a trauma local, para combater espasticidade resultante de ferimentos na coluna vertebral ou nos interneurônios da supraespinhal, tais como paralisia cerebral e paraplegia, assim como na atetose e na síndrome do homem rígido.

Alguns dos efeitos indesejáveis mais frequentes são: fadiga, sonolência e fraqueza muscular que estão geralmente relacionados com a dose.

Amitriptilina 10 mg: é um antidepressivo tricíclico e um analgésico, usado principalmente em transtornos relacionados à ansiedade e à depressão. Tem propriedades anticolinérgicas e sedativas acentuadas.

Está indicada para o tratamento da perturbação depressiva major em adultos, o tratamento da dor neuropática em adultos, o tratamento profilático da cefaleia do tipo tensão crônica em adultos e o tratamento profilático da enxaqueca em adultos.

Alguns dos seus efeitos secundários são: sonolência, tremores, tonturas, cefaleias, perturbações da fala (disartria), palpitações, taquicardia, boca seca, obstipação, náuseas, hiperidrose.

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

TAC CE, que revelou uma malformação de Chiari, sem sinais de hidrocefalia.

RM cervical/cerebral, que confirmou a malformação de Chiari tipo I.

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
02-10-2023 08:00	Força muscular	
02-10-2023 08:00	Movimento articular	
02-10-2023 08:00	Tónus muscular	
02-10-2023 08:00	Função motora fina	
02-10-2023 08:00	Equilíbrio estático	
02-10-2023 08:00	Sistema respiratório	
02-10-2023 08:00	Deglutição	
02-10-2023 08:00	Eliminação urinária	10-10-2023 08:00
02-10-2023 08:00	Sentar-se	
02-10-2023 08:00	Termorregulação	10-10-2023 08:00
02-10-2023 08:00	Consciência	
02-10-2023 08:00	Visão	10-10-2023 08:00
02-10-2023 08:00	Audição	10-10-2023 08:00
02-10-2023 08:00	Percepção corporal	10-10-2023 08:00
02-10-2023 08:00	Sistema cardiovascular	
02-10-2023 08:00	Sensações somáticas	10-10-2023 08:00
02-10-2023 08:00	Eliminação intestinal	10-10-2023 08:00
02-10-2023 08:00	Mastigação	
02-10-2023 08:00	Emoção	
02-10-2023 08:00	Equilíbrio dinâmico	
02-10-2023 08:00	Erguer-se	
02-10-2023 08:00	Transferir-se	
02-10-2023 08:00	Andar	

3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

• CONSCIÊNCIA

Segundo o ICN (2019), a consciência é considerada como a resposta mental do indivíduo a impressões e estímulos externos, resultante de uma múltipla combinação dos sentidos, mantendo a mente sensível e alerta ao ambiente exterior.

Segundo Damásio (2004) a consciência pode distinguir-se em nuclear e extensa, em que a nuclear se relaciona com o aqui e o agora, considerado um fenómeno biológico simples onde se dá a interação entre o organismo e o objeto, resultando dessa interação uma representação mental do objeto. Já a consciência extensa é segundo o autor, um fenómeno biológico complexo que envolve diversos níveis de informação que dependem da memória, da emoção, do sentimento, da integridade das funções cognitivas e da capacidade de apreciação do que conhecemos e recordamos.

Ribeiro *et al.* (2021) alude que a consciência pode ser analisada quanto ao nível e ao seu conteúdo, em que o nível de consciência depende da integridade do sistema ativador reticular ascendente, localizado na região pontomesencefálica do tronco cerebral, que comunica com o córtex através do tálamo, sendo que a ocorrência de uma lesão nestas estruturas pode levar ao

surgimento de alterações do nível de consciência tais como, estado confusional, letargia, obnubilação, estupor ou coma. Já em relação ao conteúdo da consciência, os mesmos autores referem que este envolve a cognição, que permite a compreensão de eventos e a resposta adequada aos mesmos.

Gosseries *et al.* (2011) citado por Ribeiro *et al.* (2021), advoga que a consciência depende do córtex, do tronco cerebral e do tálamo, e as desordens da consciência são caracterizadas pela alteração ou interrupção da vigília e do conhecimento sobre a situação.

Deste modo, é de extrema importância e relevância para o EEER no âmbito da prescrição e implementação de um plano de reabilitação, ter bem ciente a necessidade e premência de avaliar o estado de consciência da pessoa.

Neste caso em concreto, e de acordo com a bibliografia consultada sobre a malformação de Chiari, que refere que um dos sinais e sintomas da doença é a alteração e perda de consciência, e ainda suportado nessa mesma bibliografia que afirma que após a cirurgia podem ocorrer défices neurológicos, torna-se importante identificar este domínio de enfermagem.

• **FORÇA MUSCULAR**

Leopoldino *et al.* (2020) fazendo alusão a Van Roie *et al.* (2011), defendem que a força muscular juntamente com a nossa capacidade e condição de desenvolver contrações musculares, assumem-se como fortes preditores da nossa função quotidiana diária. Como tal e de maneira a perceber e verificar a presença de alterações e limitações funcionais, é imperativo proceder a avaliação da força muscular.

No seguimento da bibliografia consultada, esta dá ênfase ao surgimento de manifestações e alterações motoras na pessoa com esta patologia, fazendo menção à fraqueza muscular nos membros inferiores, paresia dos membros e parestesias como sinais e sintomas desta síndrome, daí surgir a necessidade de identificar este domínio de enfermagem.

• **MOVIMENTO ARTICULAR**

Para Lourenço & Moreno (2016) o movimento corporal é intrínseco ao ser vivo, e o normal funcionamento de todos os sistemas fisiológicos, estão dependentes dele. Este representa a forma como a pessoa interage com o seu meio ambiente, envolvendo fatores mecânicos, neurológicos, biológicos e psicológicos.

Segundo a OE (2016), o movimento articular corresponde a um processo do sistema musculoesquelético em que existe movimento espontâneo, voluntário ou involuntário dos músculos e articulações.

A avaliação das amplitudes articulares das diferentes articulações deve ser feita com o recurso a goniometria, sendo importante a sua reavaliação de forma regular com o intuito de verificar e

registar a evolução e resultados apresentados pelas pessoas.

Deste modo, é relevante identificar este domínio, pois a pessoa em estudo, no âmbito da sua patologia e sinais associados, tais como, disestesias, alterações da sensibilidade, fraqueza e dor nos membros superiores e inferiores, carece de uma avaliação para despiste de alterações, que possam estar intimamente relacionadas e interligadas com alterações do movimento articular dos diferentes segmentos corporais e articulações.

- **TONÚS MUSCULAR**

Para Januário & Amaral (2022) o tônus é o estado de tensão elástica que o músculo apresenta em repouso, e é o que permite que este inicie uma contração muscular após receber um impulso nervoso.

É de extrema importância e pertinência que se avalie o tônus muscular de todos os segmentos corporais do doente, pois tal ação permitirá ao EEER adaptar e ajustar o seu plano de intervenções mediante as alterações de tonicidade que foram percecionadas durante todo o processo de avaliação anteriormente efetuado.

Especificamente, neste caso, decorrente da possibilidade de manifestar-se espasticidade em algum segmento corporal, fruto da patologia vigente, é premente identificar este domínio de enfermagem.

- **EQUILÍBRIO ESTÁTICO E EQUILÍBRIO DINÂMICO**

Para Garcia, Cunha & Novo, (2021) o equilíbrio estático diz respeito à capacidade de manter o centro de gravidade dentro da base de sustentação enquanto se está de pé ou sentado. Aludem também que o equilíbrio dinâmico se refere à manutenção da posição ereta, enquanto o centro de gravidade e base de sustentação estão em movimento.

Rocha *et al.* (2019) citando Antunes *et al.* (2016), referem que o equilíbrio corporal permite a manutenção da postura corporal com um mínimo de oscilações durante o desempenho de atividades motoras, que tendem a perturbar a orientação do corpo. O mesmo advoga que para ocorrer a independência nas AVD's é necessário que exista um desempenho satisfatório de diversos movimentos como por exemplo levanta-se ou deambular, sendo que o controlo postural, seja ele a orientação postural, a manutenção da posição dos segmentos corporais em relação ao próprio corpo e o equilíbrio postural, são importantes para a execução destas mesmas atividades.

Decursivo da consulta de bibliografia sobre a malformação de Chiari, e sendo que esta doença provoca alterações motoras, fraqueza e dor nos membros inferiores, vertigens, distúrbios visuais, parestesias dos membros, falta de equilíbrio e tremores, é importante despistar a presença destes, através de uma avaliação minuciosa da pessoa, para despiste de alterações do equilíbrio, de forma a que, consoante os dados recolhidos se proceda à execução de um plano e

sistematização de exercícios de treino do equilíbrio.

É fundamental a implementação de um programa de reabilitação que dê ênfase à realização de exercícios de ativação e promoção do equilíbrio corporal. Neste sentido este é um domínio da área da enfermagem de reabilitação que merece toda a atenção, de forma a estabelecer e executar um plano de intervenção que dê resposta aos problemas identificados, com intuito de restabelecer e promover a funcionalidade.

- **VISÃO**

De acordo com Januário (2010), fazendo menção a Juodzbalienė (2006) a informação do sistema visual é preciosa na determinação do percurso e velocidade dos objetos do meio envolvente e dos vários segmentos corporais, contribuindo para manter e preservar o ortostatismo e a orientação dos movimentos corporais relativamente ao ambiente.

Ricci *et al.* (2009) fazendo referência a Chandler (2002), referem que a visão permite ao corpo orientar-se no espaço, ao localizar e determinar os eixos horizontais e verticais de todos os objetos que estão ao seu redor.

Suportado na bibliografia consultada, e de acordo com Araújo *et al.* (2017), que alude que um dos sinais e sintomas da malformação de Chiari são os distúrbios visuais, ganha interesse, e é de extrema importância o despiste de alterações visuais, daí a identificação deste domínio de enfermagem ganhar relevo.

Torna-se por isso importante o EEER despistar e avaliar junto da pessoa a presença de alterações na visão, como forma de perceber que influência e impacto terão em todo o processo de desenvolvimento e implementação de um programa de reabilitação personalizado e direcionado a estes doentes.

- **SISTEMA CARDIOVASCULAR**

Advindo da consulta e pesquisa bibliográfica sobre a síndrome de Chiari, e de acordo com Henriques (2019) que salienta que esta síndrome pode provocar episódios intensos de hidrocefalia levando a compressão do bulbo, local onde está localizado o centro vasomotor, torna-se importante identificar este domínio.

Assim sendo, é imperativo que o enfermeiro esteja atento e elucidado para a necessidade de vigiar e proceder à monitorização contínua dos parâmetros vitais e de ter uma abordagem terapêutica atempada, adequada e segura. Desta forma o EEER deve saber reconhecer os sinais de instabilidade elétrica e hemodinâmica que possam necessitar de referenciação médica e atuação prévia para minimizar as alterações no estado de saúde dos utentes.

- **DEGLUTIÇÃO**

O processo habitual de deglutir, desempenha um papel essencial na preservação e manutenção

da vida. Este assegura o eficiente transporte dos alimentos desde a sua ingestão até ao esôfago, dando início a todo o processo digestivo.

Segundo a ICN (2019) deglutir consiste na passagem dos líquidos e dos alimentos fragmentados, pelo movimento da língua e dos músculos, da boca para o estômago através da orofaringe e esôfago. A alteração e compromisso desta função, independentemente do seu grau de severidade é designado de disfagia.

Ribeiro *et al.* (2021), definem a deglutição como sendo um processo complexo, dinâmico e automático, envolvendo movimentos voluntários e movimentos involuntários, subdividindo-se em quatro etapas, que são a fase oral preparatória, a fase oral, a fase laríngea e a fase esofágica.

Branco & Portinha (2017), aludem que o surgimento de um compromisso no processo de deglutição que interrompa o fluxo do bolo alimentar denomina-se de disfagia, e a este distúrbio poderão estar inerentes causas do foro neurológico e/ou estruturais, tais como défices após um AVC, doença de Parkinson, doença de Alzheimer, entre outras.

De acordo com Palli *et al.* (2017) proceder a uma avaliação precoce da função de deglutir é tão ou mais importante quanto a avaliação do estado de consciência da pessoa, e cabe à equipa de enfermagem estar atenta, alerta e preparada para a rápida identificação destas pessoas, facilitando o diagnóstico e o tratamento das alterações em causa. É importante que a equipa se encontre consciente das suas consequências e saiba identificar os seus sinais clínicos.

Indo de encontro ao supracitado, torna-se importante e relevante a identificação deste domínio de enfermagem, na pessoa com malformação de Chiari, pois suportado na bibliografia e evidência científica, que evoca a disfagia, como sendo um dos sintomas desta síndrome, cabe ao EEER avaliar alterações da deglutição, identificar o diagnóstico e prescrever intervenções ajustadas.

• **ELIMINAÇÃO INTESTINAL**

Segundo Araújo *et al.* (2020), a malformação de Chiari pode causar problemas de controle de esfíncteres e alterações do padrão intestinal.

Deste modo, este é um domínio ao qual o EEER deve ter atenção sendo importante questionar e perceber qual o padrão de eliminação e a regularidade do trânsito intestinal da pessoa, de forma despistar e a estar alerta para o surgimento de possíveis desconfortos abdominais e intestinais que podem ter impacto e influenciar todo o processo de reabilitação a ser instituído.

O EEER deve ter bem presente, que o padrão normal de eliminação intestinal dos doentes, pode alterar-se devido a vários fatores, tais como imobilidade, stress, alteração do ambiente, efeitos secundários advindos de determinada medicação.

• **TERMORREGULAÇÃO**

Segundo a ICN (2019) a termorregulação trata-se de um processo do sistema regulador: controlo da produção e da perda de calor através de mecanismos fisiológicos ativados pelo hipotálamo; pele e temperatura corporal.

A pessoa deste estudo de caso, foi submetida a cirurgia, tendo sido feita uma craniectomia suboccipital mediana, e deste modo, como aludem Hayder *et al.* (2015) o surgimento de febre nas primeiras 48 horas após a cirurgia dá-se devido a uma resposta pirética à cirurgia, sendo autolimitada. Os mesmos autores advogam que esta "*febre pós-operatória*" pode ser definida pela regra dos 5 "W" em que, wind (atelectasia), water (infecção do trato urinário), wound (infecção da ferida cirúrgica), walking (tromboembolismo venoso) e wonder drug (febre relacionada com medicamentos).

Deste modo torna-se premente o EEER manter-se alerta para sinais e sintomas que apontem e indiquem a origem e início de alterações e compromisso da termorregulação.

- **ELIMINAÇÃO VESICAL**

A eliminação urinária segundo a ICN (2019) trata-se de um processo corporal do sistema urinário.

É uma das mais importantes funções do organismo, dependendo sempre do bom funcionamento e desempenho de um conjunto de órgãos tais como os rins, ureteres, bexiga, uretra e consiste no fluxo e eliminação da urina por meio da micção, normalmente quatro a seis vezes durante o período diurno, com uma quantidade média excretada de aproximadamente 1000 a 2000 ml nas 24 horas, em condições dietéticas normais.

Como defende Vanputte *et al.* (2016), a retenção urinária acaba por ser uma complicação pós-operatória comum, sendo à partida e na maioria dos casos uma anormalidade que é reversível, que surge maioritariamente e se manifesta em grosso modo, devido à falta de coordenação dos músculos do detrusor e trígono na sequência da medicação utilizada durante a indução anestésica, a analgesia administrada e também como consequência da dor e desconforto pós-operatório.

Torna-se então pertinente e importante, a identificação deste domínio de enfermagem pois segundo Araujo *et al.* (2020), um dos sintomas e alterações provocadas pelo Chiari, prende-se com alterações do controle de esfíncteres e com a ocorrência de incontinência vesical.

No seguimento do referido, a pessoa deste estudo de caso, está hospitalizada há algumas semanas e também foi submetida a uma intervenção cirúrgica, determinando assim a importância e atenção dada a este domínio.

- **VESTIR-SE E DESPIR-SE**

Vestir-se e despir-se caracteriza-se como sendo o "realizar as tarefas e os gestos coordenados

necessários para pôr e tirar a roupa e o calçado, segundo uma sequência adequada e de acordo com as condições climáticas e sociais, como por exemplo, vestir, compor e tirar camisas, saias, blusas, calças, roupa interior, saris, quimonos, meias, casacos, calçar sapatos, botas, sandálias e chinelos, por luvas e chapéus” (DGS, 2004).

Sequeira (2018), alude que o vestir-se e despir-se implica cumprir uma série de tarefas, destacando-se o selecionar a roupa, a capacidade articular para vestir e tirar a mesma, a sua adequação, e traduz-se como uma atividade fundamental para o conforto e bem-estar da pessoa.

Já Almeida *et al.* (2018), advoga que para além de ser uma necessidade funcional de conforto e proteção, esta assume-se como a manifestação de uma expressão social e cultural, na medida em que protege a intimidade, a privacidade e revela a identidade da pessoa.

A identificação deste domínio deveu-se ao fato da pessoa apresentar alguns sintomas da manifestação da malformação de Chiari, tais como, parestesias dos membros superiores, hipoestésias distais das mãos, diminuição da força muscular dos membros superiores, e também no momento da avaliação e identificação de dados relevantes, estar dependente neste autocuidado, fruto de uma condição pós-cirúrgica.

• **TRANSFERIR-SE**

Segundo a OE (2013) uma transferência caracteriza-se como sendo um padrão de movimento através do qual se mobiliza uma pessoa entre duas superfícies., tais como da cama para a cadeira, da cadeira para a cama, da cama para a sanita ou banheira e vice-versa. A técnica a utilizar depende do grau de colaboração da pessoa, e deve ser tido em conta que a mesma deve manter e garantir a segurança, tanto do enfermeiro como da pessoa a transferir, pelo que é fundamental avaliar as necessidades e capacidades da mesma relativa à sua dependência, tamanho, peso, capacidade de compreensão e grau de colaboração.

De acordo com Lourenço & Moreno (2016), a instrução técnica da transferência da cama para a cadeira deve ser ensinada sempre que a pessoa apresente potencial, para deste modo, enquanto EEER, promovermos a sua independência.

Segundo a bibliografia consultada, nomeadamente Araujo *et al.* (2017), a fraqueza muscular dos membros inferiores, a falta de equilíbrio, os tremores, são sintomas que afetam os portadores da malformação de Chiari, e neste sentido torna-se relevante este domínio, pois estas alterações advindas desta síndrome, juntamente com a condição atual da doente, confinada ao leito, após uma cirurgia, influenciam todo o processo do transferir-se. O EEER deve ter todos estes fatores em atenção, no momento de delinear e executar um plano de intervenção de enfermagem, e fundamentar a sua tomada de decisão.

• **ANDAR**

A definição de andar segundo a OE (2016), é a capacidade de o indivíduo sustentar o peso do seu corpo, andar com uma marcha eficaz, com velocidades que vão desde lenta a moderada ou rápida e subir ou descer escadas.

Alcobia *et al.* (2019) referem que a marcha ou o andar é uma atividade de vida diária, bastante complexa, que envolve a participação do sistema nervoso, do sistema musculoesquelético e cardiorrespiratório. Acrescentam ainda que o modo de andar difere entre as pessoas, sendo sobremaneira influenciado pela idade, personalidade e humor de cada um.

De acordo com Peças (2016), o andar é uma característica funcional do ser humano que nos diferencia dos outros seres vivos, permitindo-nos a realização do autocuidado e interação com o ambiente que nos rodeia.

As causas dos distúrbios da marcha compreendem situações como as deficiências sensoriais ou motoras, problemas ortopédicos, distúrbios psiquiátricos e condições médicas tais como insuficiência cardíaca, insuficiência respiratória, doença arterial oclusiva e periférica e a obesidade (Pirker & Katzenschlager, 2016).

De acordo com Araújo *et al.* (2017), a marcha atáxica, as vertigens, a fraqueza e dor nos membros inferiores, a falta de equilíbrio, os tremores e a visão alterada, são manifestações da malformação de Chiari, relevando a importância da identificação deste domínio.

A condição física e debilitante pós-cirúrgica da pessoa, no momento da avaliação feita, foi mais um fator decisivo na abordagem e relevância deste domínio.

3.6. Conceção de Cuidados

Consciência

02-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Consciente.

02-10-2023 08:00 - Escola de Coma de Glasgow- Score 15 pontos Abertura ocular- 4 (espontânea) Resposta verbal- 5 (orientada) Resposta motora- 6 (obedece a comandos)

02-10-2023 08:00 - Determinar evolução da consciência

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciência

10-10-2023 08:00 - Abertura dos olhos: espontânea.

10-10-2023 08:00 - Resposta verbal: orientada.

10-10-2023 08:00 - Resposta motora: obedece a ordens simples.

10-10-2023 08:00

10-10-2023 08:00 - Consciente.

Força muscular

02-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Força - contração muscular

02-10-2023 08:00 - Braço Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência.

02-10-2023 08:00 - Braço Direita(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência.

02-10-2023 08:00 - Membro inferior Esquerda(o): movimento ativo se eliminada a gravidade.

02-10-2023 08:00 - Membro inferior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência.

02-10-2023 08:00 - Segundo avaliação feita com escala Medical Research Council Muscle Membro superior direito (segmento proximal/medial/ distal) - score 4. Membro superior esquerdo (segmento proximal/medial/distal) - score 4. Membro inferior direito (segmento proximal/medial/ distal) - score 4. Membro inferior esquerdo (segmento proximal/medial/ distal) - score 3.

02-10-2023 08:00 - Paresia

02-10-2023 08:00 - Determinar evolução da força muscular

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da força - contração muscular (Braço Esquerda(o), Braço Direita(o), Membro inferior Esquerda(o), Membro inferior Direita(o))

10-10-2023 08:00 - Força - contração muscular

10-10-2023 08:00 - Membro superior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

10-10-2023 08:00 - Membro superior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

10-10-2023 08:00 - Membro superior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência.

10-10-2023 08:00 - Membro superior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência.

02-10-2023 08:00 - Referenciar paresia ao médico

02-10-2023 08:00 - Melhorar força muscular

02-10-2023 08:00 - Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-assistido

02-10-2023 08:00 - Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-resistido (Braço Esquerda(o), Braço Direita(o), Membro inferior Esquerda(o), Membro inferior Direita(o))

02-10-2023 08:00 - Promover adesão: regime de exercícios músculo-articulares

02-10-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 08:00 - Capacidade para executar exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 08:00 - Autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular [RESOLVIDO]

10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular (Braço Esquerda(o), Braço Direita(o), Membro inferior Esquerda(o), Membro inferior Direita(o)) [FIM]

10-10-2023 08:00

10-10-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular: facilitadora [MELHOROU].

02-10-2023 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular (Braço Esquerda(o), Braço Direita(o), Membro inferior Esquerda(o), Membro inferior Direita(o)) [FIM] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para executar exercícios músculo-articulares

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para executar exercícios músculo-articulares (Braço Esquerda(o), Braço Direita(o), Membro inferior Esquerda(o), Membro inferior Direita(o))

10-10-2023 08:00 - Capacidade para executar exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

02-10-2023 08:00 - Instruir exercícios músculo-articulares (Braço Esquerda(o), Braço Direita(o), Membro inferior Esquerda(o), Membro inferior Direita(o))

02-10-2023 08:00 - Treinar exercícios músculo-articulares (Braço Esquerda(o), Braço Direita(o), Membro inferior Esquerda(o), Membro inferior Direita(o))

02-10-2023 08:00 - Instruir exercícios isométricos (Braço Esquerda(o), Braço Direita(o), Membro inferior Esquerda(o), Membro inferior Direita(o))

02-10-2023 08:00 - Treinar exercícios isométricos (Braço Esquerda(o), Braço Direita(o), Membro inferior Esquerda(o), Membro inferior Direita(o))

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares (Braço Esquerda(o), Braço Direita(o), Membro inferior Esquerda(o), Membro inferior Direita(o))

10-10-2023 08:00 - Autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

02-10-2023 08:00 - Treinar exercícios isométricos

02-10-2023 08:00 - Elogiar o desempenho do cliente

10-10-2023 08:00

10-10-2023 08:00 - Segundo avaliação feita com escala Medical Research Council Muscle Membro superior direito (segmento proximal/medial/ distal) - score 5. Membro superior esquerdo (segmento proximal/medial/distal) - score 5. Membro inferior direito (segmento proximal/medial/ distal) - score 4. Membro inferior esquerdo (segmento proximal/medial/ distal) - score 4.

Movimento articular

02-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Articulação

02-10-2023 08:00 - Ombro Esquerda(o): Abdução.

02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.

02-10-2023 08:00 - Ombro Esquerda(o): Adução.

02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.

02-10-2023 08:00 - Ombro Direita(o): Rotação interna.

02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.

02-10-2023 08:00 - Ombro Direita(o): Rotação externa.

02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.

02-10-2023 08:00 - Antebraço Esquerda(o): Supinação.

02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.

02-10-2023 08:00 - Antebraço Esquerda(o): Pronação.

02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.

02-10-2023 08:00 - Antebraço Direita(o): Supinação.

02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.

02-10-2023 08:00 - Antebraço Direita(o): Pronação.

02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.

02-10-2023 08:00 - Articulação do cotovelo Esquerda(o): Flexão.

02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.

02-10-2023 08:00 - Articulação do cotovelo Esquerda(o): Extensão.

02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.

02-10-2023 08:00 - Articulação do cotovelo Direita(o): Flexão.

02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.
02-10-2023 08:00 - Articulação do cotovelo Direita(o): Extensão.
02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.
02-10-2023 08:00 - Ombro Esquerda(o): Flexão.
02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.
02-10-2023 08:00 - Punho Esquerda(o): Flexão.
02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.
02-10-2023 08:00 - Punho Esquerda(o): Extensão.
02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.
02-10-2023 08:00 - Punho Esquerda(o): Desvio cubital.
02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.
02-10-2023 08:00 - Punho Esquerda(o): Desvio radial.
02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.
02-10-2023 08:00 - Punho Direita(o): Flexão.
02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.
02-10-2023 08:00 - Punho Direita(o): Extensão.
02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.
02-10-2023 08:00 - Punho Direita(o): Desvio cubital.
02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.
02-10-2023 08:00 - Punho Direita(o): Desvio radial.
02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.
02-10-2023 08:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Flexão.
02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.
02-10-2023 08:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Extensão.
02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.
02-10-2023 08:00 - Ombro Esquerda(o): Extensão.
02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.
02-10-2023 08:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Circundação do polegar.
02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.
02-10-2023 08:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Oponência do polegar.
02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.
02-10-2023 08:00 - Dedos da mão Direita(o): Flexão.
02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.
02-10-2023 08:00 - Dedos da mão Direita(o): Extensão.
02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.
02-10-2023 08:00 - Dedos da mão Direita(o): Circundação do polegar.
02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.
02-10-2023 08:00 - Dedos da mão Direita(o): Oponência do polegar.
02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.
02-10-2023 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Abdução.
02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.
02-10-2023 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Adução.
02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.
02-10-2023 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Flexão.

02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.
02-10-2023 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Extensão.
02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.
02-10-2023 08:00 - Ombro Esquerda(o): Rotação interna.
02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.
02-10-2023 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Rotação interna.
02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.
02-10-2023 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Rotação externa.
02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.
02-10-2023 08:00 - Articulação da anca Direita(o): Abdução.
02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.
02-10-2023 08:00 - Articulação da anca Direita(o): Adução.
02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.
02-10-2023 08:00 - Articulação da anca Direita(o): Flexão.
02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.
02-10-2023 08:00 - Articulação da anca Direita(o): Extensão.
02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.
02-10-2023 08:00 - Articulação da anca Direita(o): Rotação interna.
02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.
02-10-2023 08:00 - Articulação da anca Direita(o): Rotação externa.
02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.
02-10-2023 08:00 - Articulação do joelho Esquerda(o): Flexão.
02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.
02-10-2023 08:00 - Articulação do joelho Esquerda(o): Extensão.
02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.
02-10-2023 08:00 - Ombro Esquerda(o): Rotação externa.
02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.
02-10-2023 08:00 - Articulação do joelho Direita(o): Flexão.
02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.
02-10-2023 08:00 - Articulação do joelho Direita(o): Extensão.
02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.
02-10-2023 08:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Flexão.
02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.
02-10-2023 08:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Extensão.
02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.
02-10-2023 08:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Eversão.
02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.
02-10-2023 08:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Inversão.
02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.
02-10-2023 08:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Flexão.
02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.
02-10-2023 08:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Extensão.
02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.
02-10-2023 08:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Eversão.

02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.
 02-10-2023 08:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Inversão.
 02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.
 02-10-2023 08:00 - Ombro Direita(o): Abdução.
 02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.
 02-10-2023 08:00 - Ombro Direita(o): Adução.
 02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.
 02-10-2023 08:00 - Ombro Direita(o): Flexão.
 02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.
 02-10-2023 08:00 - Ombro Direita(o): Extensão.
 02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.

10-10-2023 08:00

10-10-2023 08:00 - Articulação
 10-10-2023 08:00 - Antebraço Direita(o): Supinação.
 10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
 10-10-2023 08:00 - Antebraço Direita(o): Pronação.
 10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
 10-10-2023 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Abdução.
 10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
 10-10-2023 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Adução.
 10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
 10-10-2023 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Flexão.
 10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
 10-10-2023 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Extensão.
 10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
 10-10-2023 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Rotação interna.
 10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
 10-10-2023 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Rotação externa.
 10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
 10-10-2023 08:00 - Articulação do cotovelo Direita(o): Flexão.
 10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
 10-10-2023 08:00 - Articulação do cotovelo Direita(o): Extensão.
 10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
 10-10-2023 08:00 - Articulação do cotovelo Esquerda(o): Flexão.
 10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
 10-10-2023 08:00 - Articulação do cotovelo Esquerda(o): Extensão.
 10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
 10-10-2023 08:00 - Antebraço Esquerda(o): Supinação.
 10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
 10-10-2023 08:00 - Articulação do joelho Direita(o): Flexão.
 10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
 10-10-2023 08:00 - Articulação do joelho Direita(o): Extensão.
 10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
 10-10-2023 08:00 - Articulação do joelho Esquerda(o): Flexão.

10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-10-2023 08:00 - Articulação do joelho Esquerda(o): Extensão.
10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-10-2023 08:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Flexão.
10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-10-2023 08:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Extensão.
10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-10-2023 08:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Eversão.
10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-10-2023 08:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Inversão.
10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-10-2023 08:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Flexão.
10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-10-2023 08:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Extensão.
10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-10-2023 08:00 - Antebraço Esquerda(o): Pronação.
10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-10-2023 08:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Eversão.
10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-10-2023 08:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Inversão.
10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-10-2023 08:00 - Dedos da mão Direita(o): Flexão.
10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-10-2023 08:00 - Dedos da mão Direita(o): Extensão.
10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-10-2023 08:00 - Dedos da mão Direita(o): Circundação do polegar.
10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-10-2023 08:00 - Dedos da mão Direita(o): Oponência do polegar.
10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-10-2023 08:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Flexão.
10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-10-2023 08:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Extensão.
10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-10-2023 08:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Circundação do polegar.
10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-10-2023 08:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Oponência do polegar.
10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-10-2023 08:00 - Articulação da anca Direita(o): Abdução.
10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-10-2023 08:00 - Ombro Direita(o): Abdução.
10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-10-2023 08:00 - Ombro Direita(o): Adução.
10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-10-2023 08:00 - Ombro Direita(o): Flexão.

10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-10-2023 08:00 - Ombro Direita(o): Extensão.
10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-10-2023 08:00 - Ombro Direita(o): Rotação interna.
10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-10-2023 08:00 - Ombro Direita(o): Rotação externa.
10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-10-2023 08:00 - Ombro Esquerda(o): Abdução.
10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-10-2023 08:00 - Ombro Esquerda(o): Adução.
10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-10-2023 08:00 - Ombro Esquerda(o): Flexão.
10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-10-2023 08:00 - Ombro Esquerda(o): Extensão.
10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-10-2023 08:00 - Articulação da anca Direita(o): Adução.
10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-10-2023 08:00 - Ombro Esquerda(o): Rotação interna.
10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-10-2023 08:00 - Ombro Esquerda(o): Rotação externa.
10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-10-2023 08:00 - Punho Direita(o): Flexão.
10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-10-2023 08:00 - Punho Direita(o): Extensão.
10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-10-2023 08:00 - Punho Direita(o): Desvio cubital.
10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-10-2023 08:00 - Punho Direita(o): Desvio radial.
10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-10-2023 08:00 - Punho Esquerda(o): Flexão.
10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-10-2023 08:00 - Punho Esquerda(o): Extensão.
10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-10-2023 08:00 - Punho Esquerda(o): Desvio cubital.
10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-10-2023 08:00 - Punho Esquerda(o): Desvio radial.
10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-10-2023 08:00 - Articulação da anca Direita(o): Flexão.
10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-10-2023 08:00 - Articulação da anca Direita(o): Extensão.
10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-10-2023 08:00 - Articulação da anca Direita(o): Rotação interna.
10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
10-10-2023 08:00 - Articulação da anca Direita(o): Rotação externa.

10-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

Tónus muscular

02-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Tónus

02-10-2023 08:00 - Membro superior Direita(o): movimento passivo sem resistência muscular.

02-10-2023 08:00 - Membro superior Esquerda(o): movimento passivo sem resistência muscular.

02-10-2023 08:00 - Membro inferior Direita(o): movimento passivo sem resistência muscular.

02-10-2023 08:00 - Membro inferior Esquerda(o): movimento passivo sem resistência muscular.

02-10-2023 08:00 - Pescoço: movimento passivo sem resistência muscular.

02-10-2023 08:00 - Direita(o): movimento passivo sem resistência muscular.

02-10-2023 08:00 - Esquerda(o): movimento passivo sem resistência muscular.

02-10-2023 08:00 - Determinar evolução do tónus muscular

02-10-2023 08:00 - *Avaliar evolução do tónus muscular*

10-10-2023 08:00 - Tónus

10-10-2023 08:00 - Membro superior Direita(o): movimento passivo sem resistência muscular [MANTEVE].

10-10-2023 08:00 - Membro superior Esquerda(o): movimento passivo sem resistência muscular [MANTEVE].

10-10-2023 08:00 - Membro inferior Direita(o): movimento passivo sem resistência muscular [MANTEVE].

10-10-2023 08:00 - Membro inferior Esquerda(o): movimento passivo sem resistência muscular [MANTEVE].

10-10-2023 08:00 - Pescoço: movimento passivo sem resistência muscular [MANTEVE].

Função motora fina

02-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Destreza manual

02-10-2023 08:00 - Bilateral: Manipula objetos de pequenas dimensões sem dificuldade.

10-10-2023 08:00

10-10-2023 08:00 - Destreza manual

10-10-2023 08:00 - Direita(o): Manipula objetos de pequenas dimensões sem dificuldade.

10-10-2023 08:00 - Esquerda(o): Manipula objetos de pequenas dimensões sem dificuldade.

Equilíbrio estático

02-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Instabilidade postural sentado sem apoio.

02-10-2023 08:00 - Controlo postural em pé: Instabilidade postural sem apoio.

02-10-2023 08:00 - Índice de Tinetti - Equilíbrio estático/ Cadeira: Equilíbrio sentado- 1 (inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira).

Levantar-se- 1 (capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou fazer excessiva flexão do tronco)

ou não consegue à 1ª tentativa). Equilíbrio imediato- 1 (estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se). Equilíbrio em pé com os pés paralelos- 1 (estável). Pequenos desequilíbrios na mesma posição- 1 (vacilante, agarra-se, mas estabiliza), Fechar os olhos na mesma posição- 0 (instável). Volta de 360º - 0 (instável- agarra-se, vacila). Apoio unipodal- 0 (não consegue ou tenta segurar-se a qualquer objeto). Sentar-se- 1 (usa os braços ou movimento não harmonioso). Total- 6 pontos

02-10-2023 08:00 - Equilíbrio estático comprometido

02-10-2023 08:00 - Determinar evolução do equilíbrio estático

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução do equilíbrio estático

10-10-2023 08:00 - Estabilidade postural sentado sem apoio [MELHOROU].

10-10-2023 08:00 - Controlo postural em pé: Instabilidade postural sem apoio [MANTEVE].

02-10-2023 08:00 - Referenciar compromisso do equilíbrio ao médico

02-10-2023 08:00 - Melhorar equilíbrio estático

02-10-2023 08:00 - Executar técnica de treino do equilíbrio estático

02-10-2023 08:00 - Assistir no treino do equilíbrio

02-10-2023 08:00 - Prevenir queda

02-10-2023 08:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda

02-10-2023 08:00 - Promover autogestão: prevenção de quedas

02-10-2023 08:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda [RESOLVIDO] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de queda [FIM] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Ensinar sobre prevenção de quedas [FIM] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de quedas

02-10-2023 08:00 - Promover adesão: treino do equilíbrio estático

02-10-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 08:00 - Capacidade para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 08:00 - Autoeficácia para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 08:00 - Significado atribuído ao treino do equilíbrio: não dificultador.

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio [RESOLVIDO]

10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio [FIM] 10-10-2023 08:00

10-10-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio: facilitadora [MELHOROU].

02-10-2023 08:00 - Contratar com cliente experiência indutora da consciencialização [FIM] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio [FIM] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para treinar o equilíbrio

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para treinar o equilíbrio

10-10-2023 08:00 - Capacidade para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

02-10-2023 08:00 - Instruir o treino do equilíbrio estático

02-10-2023 08:00 - Treinar equilíbrio estático

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para treinar o equilíbrio

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para treinar o equilíbrio

10-10-2023 08:00 - Autoeficácia para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

02-10-2023 08:00 - Treinar equilíbrio estático

02-10-2023 08:00 - Elogiar o desempenho do cliente

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da adesão ao treino do equilíbrio estático

10-10-2023 08:00 - Realiza treino do equilíbrio estático de acordo com a recomendação.

10-10-2023 08:00 - Refere satisfação com a autogestão do treino do equilíbrio estático.

10-10-2023 08:00

10-10-2023 08:00 - Índice de Tinetti - Equilíbrio estático/ Cadeira: Equilíbrio sentado- 2 (estável, seguro). Levantar-se- 1 (capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou fazer excessiva flexão do tronco ou não consegue à 1ª tentativa). Equilíbrio imediato- 1 (estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se). Equilíbrio em pé com os pés paralelos- 1 (estável). Pequenos desequilíbrios na mesma posição- 1 (vacilante, agarra-se, mas estabiliza). Fechar os olhos na mesma posição- 1 (estável). Volta de 360º - 0 (instável- agarra-se, vacila). Apoio unipodal- 1 (aguenta 5 segundos de forma estável). Sentar-se- 2 (seguro, movimento harmonioso). Total- 10 pontos

Equilíbrio dinâmico

02-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Controlo postural em movimento: Instabilidade ao andar.

02-10-2023 08:00 - Índice de Tinetti - Equilíbrio dinâmico- Marcha Inicio da marcha- 0 (hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar). Largura do passo (pé direito) - 0 (não ultrapassa à frente do pé em apoio). Altura do passo (pé direito) - 0 (o pé direito não perde completamente o contato com o solo). Largura do passo (pé esquerdo) - 0 (não ultrapassa à frente do pé em apoio). Altura do passo (pé esquerdo) - 0 (o pé esquerdo não perde totalmente o contato com o solo). Simetria do passo- 1 (comprimento do passo aparentemente simétrico). Continuidade do passo- 0 (para ou dá passos descontínuos)

Percurso de 3 m (previamente marcado) - 0 (desvia-se da linha marcada). Estabilidade do tronco-0 (nítida oscilação ou utiliza auxiliar de marcha). Base de sustentação durante a marcha- 0 (calcanhares muito afastados). Total- 1 ponto

02-10-2023 08:00 - Escala de Equilíbrio de Berg Da posição de sentado para a posição de pé- 2 (consegue levantar-se, recorrendo às mãos, depois das várias tentativas). Ficar em pé sem apoio- 1 (necessita de várias tentativas para se manter em pé sem apoio durante 30 segundos). Sentar-se com as costas sem apoio, mas com os pés apoiados no chão- 3 (mantém-se sentado durante 2 minutos e com supervisão). Da posição de pé para a posição de sentado- 3 (ao sentar-se recorre às mãos). Transferência- 2 (consegue transferir-se com ajuda de indicações verbais e/ou supervisão). Ficar em pé sem apoio e de olhos fechados- 1 (não consegue manter os olhos fechados durante 3 segundos mas mantém-se em pé de forma estável). Manter-se em pé sem apoio e com os pés juntos- 1(necessita de ajuda para chegar à posição, mas consegue manter-se em pé com os pés juntos). Inclinar-se para a frente com o braço estendido para a frente ao mesmo tempo que se mantém em pé- 0 (perde o equilíbrio ao tentar/necessita de apoio externo). Apanhar um objeto do chão a partir da posição de pé- 1 (não consegue apanhar o sapato e necessita de supervisão enquanto tenta). Virar-se para olhar sobre os ombros direito e esquerdo na posição de pé- 0 (necessita de ajuda para evitar perder o equilíbrio ou cair). Dar uma volta de 360º- 0 (necessita de ajuda enquanto dá a volta). Colocar alternadamente os pés num degrau enquanto se mantém em pé e sem apoio- 0 (necessita de ajuda para evitar cair/não consegue tentar). Ficar de pé sem apoio com um pé à frente- 1 (necessita de ajuda para dar um passo, mas consegue manter a posição durante 15 segundos). Colocar alternadamente os pés num degrau enquanto se mantém em pé e sem apoio- 0 (necessita de ajuda para evitar cair/não consegue tentar). Total- 15 pontos

02-10-2023 08:00 - Equilíbrio dinâmico comprometido

02-10-2023 08:00 - Determinar evolução do equilíbrio dinâmico

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução do equilíbrio dinâmico

10-10-2023 08:00 - Controlo postural em movimento: Instabilidade ao rodar sobre si próprio [MELHOROU].

02-10-2023 08:00 - Melhorar equilíbrio dinâmico

02-10-2023 08:00 - Executar técnica de treino do equilíbrio dinâmico

02-10-2023 08:00 - Assistir no treino do equilíbrio

02-10-2023 08:00 - Prevenir queda

02-10-2023 08:00 - Adequar o vestuário para prevenir queda

02-10-2023 08:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda

02-10-2023 08:00 - Promover autogestão: prevenção de quedas

02-10-2023 08:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda [RESOLVIDO] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de queda [FIM] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de quedas

02-10-2023 08:00 - Promover adesão: treino do equilíbrio dinâmico

02-10-2023 08:00 - Capacidade para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 08:00 - Autoeficácia para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 08:00 - Significado atribuído ao treino do equilíbrio: não dificultador.

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio [RESOLVIDO]

10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio [FIM] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio [FIM] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para treinar o equilíbrio

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para treinar o equilíbrio

02-10-2023 08:00 - Instruir o treino do equilíbrio dinâmico

02-10-2023 08:00 - Treinar equilíbrio dinâmico

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para treinar o equilíbrio

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para treinar o equilíbrio

02-10-2023 08:00 - Treinar equilíbrio dinâmico

02-10-2023 08:00 - Elogiar o desempenho do cliente

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da adesão ao treino do equilíbrio dinâmico

10-10-2023 08:00 - Realiza treino do equilíbrio dinâmico de acordo com a recomendação.

10-10-2023 08:00 - Refere satisfação com a autogestão do treino do equilíbrio dinâmico [MELHOROU].

10-10-2023 08:00

10-10-2023 08:00 - Índice de Tinetti - Equilíbrio dinâmico- Marcha Início da marcha- 1 (sem hesitação). Largura do passo (pé direito) - 1 (ultrapassa o pé esquerdo em apoio). Altura do passo (pé direito) - 1 (o pé direito eleva-se completamente do solo). Largura do passo (pé esquerdo) - 1 (ultrapassa o pé direito em apoio). Altura do passo (pé esquerdo) - 1 (o pé esquerdo eleva-se totalmente do solo). Simetria do passo- 1 (comprimento do passo aparentemente simétrico). Continuidade do passo- 1 (passos contínuos). Percurso de 3 m (previamente marcado) - 1 (desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha).

Estabilidade do tronco- 0 (nítida oscilação, ou utiliza auxiliar de marcha). Base de sustentação durante a marcha- 1 (calcanhares próximos, quase se tocam). Total- 9 pontos

10-10-2023 08:00 - Escala de Equilíbrio de Berg Da posição de sentado para a posição de pé- 3 (consegue levantar-se de forma autónoma, recorrendo as mãos). Ficar em pé sem apoio- 2 (consegue manter-se em pé sem apoio durante 30 segundos). Sentar-se com as costas sem apoio, mas com os pés apoiados no chão- 4 (mantêm-se sentado em segurança

e de forma estável durante 2 minutos). Da posição de pé para a posição de sentado- 4 (senta - se em segurança recorrendo muito pouco às mãos). Transferência- 3 (consegue transferir-se em segurança necessitando de froma clara do apoio das mãos). Ficar em pé sem apoio e de olhos fechados- 3 (consegue manter-se em pé durante 10 segundos com supervisão). Manter-se em pé sem apoio e com os pés juntos- 3 (consegue manter os pés de forma autónoma e manter-se em pé durante 1 minuto com supervisão). Inclinar-se para a frente com o braço estendido para a frente ao mesmo tempo que se mantém em pé- 2 (consegue inclinar-se mais de 5 cm para a frente em segurança). Apanhar um objeto do chão a partir da posição de pé- 2 (não consegue apanhar, mas chega a uma distância de 2-3 cm do sapato e mantém o equilíbrio de forma autónoma). Virar-se para olhar sobre os ombros direito e esquerdo na posição de pé- 2 (apenas vira-se de lado, mas mantém o equilíbrio). Dar uma volta de 360º- 1 (necessita de supervisão atenta ou de indicações verbais). Colocar alternadamente os pés num degrau enquanto se mantém em pé e sem apoio- 1 (consegue completar mais de 2 degraus, mas necessita de alguma ajuda). Ficar de pé sem apoio com um pé à frente- 2 (consegue dar um pequeno passo de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos). Ficar em pé sobre uma perna- 3 (consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição durante 5-10 segundos). Total- 35 pontos

Sensações somáticas

02-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Sem manifestação de prurido.

02-10-2023 08:00 - Sensibilidade superficial

02-10-2023 08:00 - Face Direita(o)

02-10-2023 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

02-10-2023 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

02-10-2023 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

02-10-2023 08:00 - Face Esquerda(o)

02-10-2023 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

02-10-2023 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

02-10-2023 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

02-10-2023 08:00 - Membro superior Direita(o)

02-10-2023 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

02-10-2023 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

02-10-2023 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

02-10-2023 08:00 - Membro superior Esquerda(o)

02-10-2023 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

02-10-2023 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

02-10-2023 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

02-10-2023 08:00 - Membro inferior Direita(o)

02-10-2023 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

02-10-2023 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

02-10-2023 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

02-10-2023 08:00 - Membro inferior Esquerda(o)

02-10-2023 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

02-10-2023 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.
02-10-2023 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.
02-10-2023 08:00 - Mão Direita(o)
02-10-2023 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.
02-10-2023 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.
02-10-2023 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.
02-10-2023 08:00 - Mão Esquerda(o)
02-10-2023 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.
02-10-2023 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.
02-10-2023 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.
02-10-2023 08:00 - Pé Direita(o)
02-10-2023 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.
02-10-2023 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.
02-10-2023 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.
02-10-2023 08:00 - Pé Esquerda(o)
02-10-2023 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.
02-10-2023 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.
02-10-2023 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.
02-10-2023 08:00 - Sensibilidade profunda
02-10-2023 08:00 - Membro superior Direita(o)
02-10-2023 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.
02-10-2023 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.
02-10-2023 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.
02-10-2023 08:00 - Membro superior Esquerda(o)
02-10-2023 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.
02-10-2023 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.
02-10-2023 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.
02-10-2023 08:00 - Mão Direita(o)
02-10-2023 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.
02-10-2023 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.
02-10-2023 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.
02-10-2023 08:00 - Mão Esquerda(o)
02-10-2023 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.
02-10-2023 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.
02-10-2023 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.
02-10-2023 08:00 - Membro inferior Direita(o)
02-10-2023 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.
02-10-2023 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.
02-10-2023 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.
02-10-2023 08:00 - Membro inferior Esquerda(o)
02-10-2023 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.
02-10-2023 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.
02-10-2023 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.
02-10-2023 08:00 - Pé Direita(o)

02-10-2023 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.
02-10-2023 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.
02-10-2023 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.
02-10-2023 08:00 - Pé Esquerda(o)
02-10-2023 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.
02-10-2023 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.
02-10-2023 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.
02-10-2023 08:00 - Sem manifestação de dor.

Visão

02-10-2023 08:00
02-10-2023 08:00 - Acuidade visual
02-10-2023 08:00 - Bilateral: sem compromisso.

Audição

02-10-2023 08:00
02-10-2023 08:00 - Acuidade auditiva
02-10-2023 08:00 - Bilateral: sem compromisso.

Percepção corporal

02-10-2023 08:00
02-10-2023 08:00 - Percepção do corpo
02-10-2023 08:00 - Direita(o): reconhece como seus o membro inferior e superior.
02-10-2023 08:00 - Esquerda(o): reconhece como seus o membro inferior e superior.

Sistema respiratório

02-10-2023 08:00
02-10-2023 08:00 - Frequência respiratória: 22 ciclos/min.
02-10-2023 08:00 - Ritmo respiratório regular.
02-10-2023 08:00 - Movimento respiratório simétrico.
02-10-2023 08:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.
02-10-2023 08:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.
02-10-2023 08:00 - Sem adejo nasal.
02-10-2023 08:00 - Saturação do oxigênio no sangue
02-10-2023 08:00 - Periférico(a): 94 %.
02-10-2023 08:00 - Coloração da mucosa: rosada.
02-10-2023 08:00 - Não comunica falta de ar.
02-10-2023 08:00 - Reflexo da tosse: presente.
02-10-2023 08:00 - Sons respiratórios: normais.
02-10-2023 08:00 - Auscultação pulmonar- murmúrio vesicular e broncovesicular presente em todo o campo pulmonar, sem ruídos adventícios;
02-10-2023 08:00 - Frêmito toracovocal presente na face torácica anterior e posterior;
02-10-2023 08:00 - Percussão dígito - digital: som claro pulmonar em todo o campo pulmonar;

02-10-2023 08:00 - Determinar evolução da ventilação

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da ventilação
10-10-2023 08:00 - Frequência respiratória: 18 ciclos/min.
10-10-2023 08:00 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

10-10-2023 08:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].
 10-10-2023 08:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].
 10-10-2023 08:00 - Saturação do oxigénio no sangue
 10-10-2023 08:00 - Periférico(a): 99 %.
 10-10-2023 08:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].
 10-10-2023 08:00 - Coloração da mucosa: rosada.

10-10-2023 08:00

10-10-2023 08:00 - Frequência respiratória: 18 ciclos/min.
 10-10-2023 08:00 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].
 10-10-2023 08:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].
 10-10-2023 08:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].
 10-10-2023 08:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].
 10-10-2023 08:00 - Sem adejo nasal.
 10-10-2023 08:00 - Saturação do oxigénio no sangue
 10-10-2023 08:00 - Periférico(a): 98 %.
 10-10-2023 08:00 - Coloração da mucosa: rosada.
 10-10-2023 08:00 - Não comunica falta de ar [MANTEVE].

Sistema cardiovascular

02-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Localização do Pulso
 02-10-2023 08:00 - Punho Direita(o)
 02-10-2023 08:00 - Frequência do pulso: 87 pulsações por minuto.
 02-10-2023 08:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.
 02-10-2023 08:00 - Pulso rítmico.
 02-10-2023 08:00 - Pulso simétrico.
 02-10-2023 08:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea
 02-10-2023 08:00 - Membro superior Direita(o)
 02-10-2023 08:00 - Pressão sanguínea sistólica: 130 mmHg.
 02-10-2023 08:00 - Pressão sanguínea diastólica: 78 mmHg.
 02-10-2023 08:00 - Temperatura das extremidades
 02-10-2023 08:00 - Membro superior Direita(o): Temperatura das extremidades normal.
 02-10-2023 08:00 - Membro superior Esquerda(o): Temperatura das extremidades normal.
 02-10-2023 08:00 - Membro inferior Direita(o): Temperatura das extremidades normal.
 02-10-2023 08:00 - Membro inferior Esquerda(o): Temperatura das extremidades normal.
 02-10-2023 08:00 - Coloração das extremidades
 02-10-2023 08:00 - Membro superior Direita(o): Coloração normal das extremidades.
 02-10-2023 08:00 - Membro superior Esquerda(o): Coloração normal das extremidades.
 02-10-2023 08:00 - Membro inferior Direita(o): Coloração normal das extremidades.
 02-10-2023 08:00 - Membro inferior Esquerda(o): Coloração normal das extremidades.
 02-10-2023 08:00 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

02-10-2023 08:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea
 10-10-2023 08:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

10-10-2023 08:00 - Membro superior Direita(o)

10-10-2023 08:00 - Pressão sanguínea sistólica: 112 mmHg.

10-10-2023 08:00 - Pressão sanguínea diastólica: 58 mmHg.

10-10-2023 08:00

10-10-2023 08:00 - Localização do Pulso

10-10-2023 08:00 - Punho Direita(o)

10-10-2023 08:00 - Frequência do pulso: 77 pulsações por minuto.

10-10-2023 08:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

10-10-2023 08:00 - Pulso rítmico.

10-10-2023 08:00 - Pulso simétrico.

10-10-2023 08:00 - Temperatura das extremidades

10-10-2023 08:00 - Membro superior Direita(o): Temperatura das extremidades normal [MANTEVE].

10-10-2023 08:00 - Membro superior Esquerda(o): Temperatura das extremidades normal [MANTEVE].

10-10-2023 08:00 - Membro inferior Direita(o): Temperatura das extremidades normal [MANTEVE].

10-10-2023 08:00 - Membro inferior Esquerda(o): Temperatura das extremidades normal [MANTEVE].

10-10-2023 08:00 - Coloração das extremidades

10-10-2023 08:00 - Membro superior Direita(o): Coloração normal das extremidades [MANTEVE].

10-10-2023 08:00 - Membro superior Esquerda(o): Coloração normal das extremidades [MANTEVE].

10-10-2023 08:00 - Membro inferior Direita(o): Coloração normal das extremidades [MANTEVE].

10-10-2023 08:00 - Membro inferior Esquerda(o): Coloração normal das extremidades [MANTEVE].

10-10-2023 08:00 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

Mastigação

02-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Movimentos do ciclo mastigatório normais.

02-10-2023 08:00 - Simetria do ciclo mastigatório

02-10-2023 08:00 - Direita(o): Ciclo mastigatório simétrico.

02-10-2023 08:00 - Esquerda(o): Ciclo mastigatório simétrico.

02-10-2023 08:00 - Duração do ciclo mastigatório: aumentada (face à consistência dos alimentos) .

02-10-2023 08:00 - Apresenta dentição completa

02-10-2023 08:00 - Sem sielorreia

02-10-2023 08:00 - Mastigação comprometida [RESOLVIDO] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Determinar evolução da mastigação [FIM] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da mastigação [FIM] 10-10-2023 08:00

10-10-2023 08:00 - Movimentos do ciclo mastigatório normais [MANTEVE].

10-10-2023 08:00 - Simetria do ciclo mastigatório

10-10-2023 08:00 - Direita(o): Ciclo mastigatório simétrico [MANTEVE].
 10-10-2023 08:00 - Esquerda(o): Ciclo mastigatório simétrico [MANTEVE].
 10-10-2023 08:00 - Duração do ciclo mastigatório: normal (face à consistência dos alimentos) [MELHOROU].

02-10-2023 08:00 - Facilitar mastigação [FIM] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - *Planear dieta [FIM] 10-10-2023 08:00*
 02-10-2023 08:00 - *Ensinar sobre exercícios para promoção da mastigação. [FIM] 10-10-2023 08:00*
 02-10-2023 08:00 - *Instruir exercícios para promoção da mastigação. [FIM] 10-10-2023 08:00*
 02-10-2023 08:00 - *Treinar exercícios para promoção da mastigação. [FIM] 10-10-2023 08:00*

02-10-2023 08:00 - Prevenir aspiração [FIM] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - *Lavar cavidade oral [FIM] 10-10-2023 08:00*
 02-10-2023 08:00 - *Remover resíduos de alimentos da cavidade oral após a refeição [FIM] 10-10-2023 08:00*

02-10-2023 08:00 - Promover autogestão: mastigação [FIM] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Conhecimento sobre adequação da dieta para facilitar a mastigação: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
 02-10-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e a mastigação: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
 02-10-2023 08:00 - Significado atribuído à adequação da dieta: não dificultador.

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre adequação da dieta para facilitar a mastigação [RESOLVIDO] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - *Avaliar evolução do conhecimento sobre adequação da dieta para facilitar a mastigação [FIM] 10-10-2023 08:00*
 02-10-2023 08:00 - *Ensinar sobre dieta para facilitar a mastigação [FIM] 10-10-2023 08:00*

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e a mastigação [RESOLVIDO] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - *Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a dieta e a mastigação [FIM] 10-10-2023 08:00*
 02-10-2023 08:00 - *Avaliar evolução da autogestão da mastigação [FIM] 10-10-2023 08:00*

Deglutição

02-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Com indícios de compromisso da deglutição.
 02-10-2023 08:00 - GUSS (Gugging Swallowing Screen) Teste indireto: Vigil- 1 (sim). Tosse e/ou pigarreio - 1 (sim). Deglutição de saliva com sucesso -1 (sim). Sialorreia - 1 (não). Alterações da voz (rouquidão, gorgolejo, voz molhada ou fraca) - 1 (não). Total- 5 pontos
 Teste direto Semissólido Deglutição- 2 (deglutição com sucesso). Tosse involuntária - 1

(não). Sialorreia- 1 (não). Alteração da voz- 1 (não). Total- 5 pontos Líquido Deglutição- 1 (deglutição demorada). Tosse involuntária - 1 (não). Sialorreia- 1 (não). Alteração da voz- 1 (não). Total- 4 pontos TOTAL- 14 pontos

02-10-2023 08:00 - Deglutição comprometida

02-10-2023 08:00 - Tempo de deglutição para líquidos superior a 2 segundos.

02-10-2023 08:00 - Determinar evolução da deglutição

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da deglutição

10-10-2023 08:00 - Com indícios de compromisso da deglutição [MANTEVE].

10-10-2023 08:00 - Tempo de deglutição para sólidos superior a 10 segundos.

02-10-2023 08:00 - Referenciar deglutição comprometida ao médico

02-10-2023 08:00 - Prevenir aspiração

02-10-2023 08:00 - Planejar dieta

02-10-2023 08:00 - Posicionar durante a refeição para facilitar a deglutição

02-10-2023 08:00 - Posicionar para prevenir a aspiração

02-10-2023 08:00 - Promover autogestão: deglutição

02-10-2023 08:00 - Conhecimento sobre adequação da dieta para facilitar a deglutição: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 08:00 - Conscientização da relação entre o treino e a promoção da deglutição: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 08:00 - Capacidade para deglutir: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 08:00 - Autoeficácia para deglutir: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 08:00 - Significado atribuído ao treino da deglutição: não dificultador.

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre

adequação da dieta para facilitar a deglutição [RESOLVIDO] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre adequação da dieta para facilitar a deglutição [FIM] 10-10-2023 08:00

10-10-2023 08:00 - Conhecimento sobre adequação da dieta para facilitar a deglutição: facilitador [MELHOROU].

02-10-2023 08:00 - Ensinar sobre dieta para facilitar a deglutição [FIM]

10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar conscientização da relação entre o treino e a promoção da deglutição [RESOLVIDO] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da conscientização da relação entre o treino e a promoção da deglutição [FIM] 10-10-2023 08:00

10-10-2023 08:00 - Conscientização da relação entre o treino e a promoção da deglutição: facilitadora [MELHOROU].

02-10-2023 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre o treino e a promoção da deglutição [FIM] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para deglutir

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para deglutir

10-10-2023 08:00 - Capacidade para deglutir: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

02-10-2023 08:00 - Instruir técnica de deglutição

02-10-2023 08:00 - Treinar técnica de deglutição

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para deglutir

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para deglutir

10-10-2023 08:00 - Autoeficácia para deglutir: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

02-10-2023 08:00 - Treinar técnica de deglutição

02-10-2023 08:00 - Elogiar o desempenho do cliente

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da autogestão da deglutição

10-10-2023 08:00 - Adota comportamentos de autogestão da deglutição.

10-10-2023 08:00 - Refere satisfação com a autogestão da deglutição.

02-10-2023 08:00 - Promover autogestão: prevenção da aspiração

02-10-2023 08:00 - Conhecimento sobre prevenção de aspiração: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e a deglutição: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 08:00 - Significado atribuído à adequação da dieta: não dificultador.

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de aspiração [RESOLVIDO] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de aspiração [FIM] 10-10-2023 08:00

10-10-2023 08:00 - Conhecimento sobre prevenção de aspiração: facilitador [MELHOROU].

02-10-2023 08:00 - Ensinar sobre posicionamento facilitador da deglutição [FIM] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Ensinar sobre prevenção da aspiração [FIM] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e a deglutição [RESOLVIDO] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a dieta e a deglutição [FIM] 10-10-2023 08:00

10-10-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e a deglutição: facilitadora [MELHOROU].

02-10-2023 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre a dieta e a deglutição [FIM] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar significado atribuído à adequação da dieta

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução do significado atribuído à adequação da

dieta

10-10-2023 08:00 - Significado atribuído à adequação da dieta: não dificultador [MANTEVE].

02-10-2023 08:00 - *Avaliar evolução da autogestão: prevenção da aspiração*

10-10-2023 08:00 - Adota comportamentos de prevenção de aspiração.

10-10-2023 08:00 - Refere satisfação com os comportamentos de prevenção de aspiração.

10-10-2023 08:00

10-10-2023 08:00 - GUSS (Gugging Swallowing Screen) Teste indireto: Vigil- 1 (sim). Tosse e/ou pigarreio - 1 (sim). Deglutição de saliva com sucesso -1 (sim). Sialorreia - 1 (não). Alterações da voz (rouquidão, gorgolejo, voz molhada ou fraca) - 1 (não). Total- 5 pontos Teste direto Semissólido Deglutição- 2 (deglutição com sucesso). Tosse involuntária - 1 (não). Sialorreia- 1 (não). Alteração da voz- 1 (não). Total- 5 pontos Líquido Deglutição- 2 (deglutição com sucesso). Tosse involuntária - 1 (não). Sialorreia- 1 (não). Alteração da voz- 1 (não). Total- 5 pontos Sólido Deglutição- 1 (deglutição demorada). Tosse involuntária - 1 (não). Sialorreia- 1 (não). Alteração da voz- 1 (não). Total- 4 pontos TOTAL- 19 pontos

Eliminação intestinal

02-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais.

02-10-2023 08:00 - Fezes: em moderada quantidade.

02-10-2023 08:00 - Consistência das fezes: Fezes moles.

02-10-2023 08:00 - Coloração das fezes: acastanhada.

02-10-2023 08:00 - Número de defecações por dia: 1.

02-10-2023 08:00 - Número de defecações por semana: 5.

02-10-2023 08:00 - Sem sensação de urgência para defecação.

02-10-2023 08:00 - Expulsão controlada de fezes.

Eliminação urinária

02-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Cheiro da urina: "sui generis".

02-10-2023 08:00 - Transparência da urina: Límpida.

02-10-2023 08:00 - Reconhece a vontade de urinar.

02-10-2023 08:00 - Sensação de esvaziamento completo da bexiga.

02-10-2023 08:00 - Eliminação urinária involuntária ausente.

Termorregulação

02-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Temperatura corporal periférica

02-10-2023 08:00 - Ouvido: 37.00 °C.

02-10-2023 08:00 - Determinar evolução da temperatura corporal [FIM] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - *Avaliar evolução da temperatura corporal [FIM] 10-10-2023 08:00*

Emoção

02-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Sem indícios de humor depressivo.

02-10-2023 08:00 - Sem indícios de euforia.

02-10-2023 08:00 - Verbaliza ansiedade.

02-10-2023 08:00 - Sem manifestação de inquietação.

02-10-2023 08:00 - Sem manifestação de irritabilidade.

02-10-2023 08:00 - Ansiedade [RESOLVIDO] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Determinar evolução da ansiedade [FIM] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da ansiedade [FIM] 10-10-2023 08:00

10-10-2023 08:00 - Não verbaliza ansiedade [MELHOROU].

10-10-2023 08:00 - Sem manifestação de inquietação [MANTEVE].

10-10-2023 08:00 - Sem manifestação de irritabilidade [MANTEVE].

10-10-2023 08:00 - Sem manifestação de pânico .

02-10-2023 08:00 - Diminuir ansiedade [FIM] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Executar técnica de relaxamento [FIM] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Assistir cliente no treino do autocontrole da ansiedade [FIM]

10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Promover autocontrole: ansiedade [FIM] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 08:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrole da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 08:00 - Capacidade para usar estratégias de autocontrole da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 08:00 - Significado atribuído às estratégias de autocontrole da ansiedade: não dificultador.

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade [RESOLVIDO] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade [FIM] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [FIM] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Assistir o cliente a identificar os fatores concorrentes com a ansiedade [FIM] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrole da ansiedade [RESOLVIDO] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrole da ansiedade [FIM] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Ensinar sobre estratégias de autocontrole da ansiedade [FIM] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Ensinar sobre estratégias de relaxamento [FIM] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade [RESOLVIDO]

10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade [FIM] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [FIM] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre pensamento positivo e controlo da ansiedade [FIM] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade [RESOLVIDO] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução do autocontrole da ansiedade [FIM] 10-10-2023 08:00

10-10-2023 08:00

10-10-2023 08:00 - Sem indícios de humor depressivo [MANTEVE].

10-10-2023 08:00 - Sem indícios de euforia [MANTEVE].

10-10-2023 08:00 - Não verbaliza ansiedade [MELHOROU].

10-10-2023 08:00 - Sem manifestação de inquietação [MANTEVE].

10-10-2023 08:00 - Sem manifestação de irritabilidade [MANTEVE].

10-10-2023 08:00 - Sem manifestação de pânico .

Erguer-se

02-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Capaz de mobilizar o corpo para a posição vertical

02-10-2023 08:00 - Dispositivo: Andarilho - Levanta o corpo para a posição de pé com insegurança.

02-10-2023 08:00 - Erguer-se comprometido [RESOLVIDO] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Determinar evolução do erguer-se [FIM] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução do erguer-se [FIM] 10-10-2023 08:00

10-10-2023 08:00 - Capaz de mobilizar o corpo para a posição vertical

10-10-2023 08:00 - Dispositivo: Andarilho - Levanta o corpo para a posição de pé em segurança.

02-10-2023 08:00 - Assegurar atividades de erguer-se [FIM] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Assistir no erguer-se [FIM] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Prevenir queda [FIM] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [FIM] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Promover autonomia para erguer-se [FIM] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Consciencialização sobre compromisso no erguer-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a

autonomia para erguer-se

02-10-2023 08:00 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 08:00 - Capacidade para erguer-se

02-10-2023 08:00 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 08:00 - Autoeficácia para erguer-se

02-10-2023 08:00 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 08:00 - Significado atribuído ao uso de dispositivo para erguer-se

02-10-2023 08:00 - Dispositivo: Andarilho - não dificultador.

02-10-2023 08:00 - Acesso a dispositivos face ao compromisso no erguer-se

02-10-2023 08:00 - Dispositivo: Andarilho - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no erguer-se [RESOLVIDO] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso no erguer-se [FIM] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para erguer-se [RESOLVIDO]

10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para erguer-se [FIM] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para erguer-se [FIM] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para erguer-se [RESOLVIDO] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para erguer-se [FIM]

10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Instruir a erguer-se [FIM] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Treinar a erguer-se [FIM] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para erguer-se [RESOLVIDO] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para erguer-se [FIM]

10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Elogiar o desempenho do cliente [FIM] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da autonomia para erguer-se [FIM]

10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Promover autogestão: prevenção de quedas [FIM]

10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda [RESOLVIDO] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de queda [FIM] 10-10-2023 08:00

10-10-2023 08:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: facilitador [MELHOROU].

02-10-2023 08:00 - Ensinar sobre prevenção de quedas [FIM] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de quedas [FIM] 10-10-2023 08:00

10-10-2023 08:00 - Adota comportamentos de prevenção de quedas.

10-10-2023 08:00 - Refere insatisfação com os comportamentos de prevenção de quedas mas disponibilidade para melhorar.

10-10-2023 08:00

10-10-2023 08:00 - Capaz de mobilizar o corpo para a posição vertical

10-10-2023 08:00 - Levanta o corpo para a posição de pé em segurança.

Transferir-se

02-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Capaz de mobilizar o corpo entre superfícies próximas

02-10-2023 08:00 - Dispositivo: Andarilho - mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma insegura e lentificada.

02-10-2023 08:00 - Transferir-se comprometido

02-10-2023 08:00 - Determinar evolução do transferir-se

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução do transferir-se

10-10-2023 08:00 - Capaz de mobilizar o corpo entre superfícies próximas

10-10-2023 08:00 - Dispositivo: Andarilho - mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma segura e pronta.

02-10-2023 08:00 - Assegurar atividades de transferir-se

02-10-2023 08:00 - Assistir no transferir-se

02-10-2023 08:00 - Prevenir queda

02-10-2023 08:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda

02-10-2023 08:00 - Promover autonomia para transferir-se

02-10-2023 08:00 - Consciencialização sobre compromisso no transferir-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para transferir-se

02-10-2023 08:00 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 08:00 - Capacidade para transferir-se

02-10-2023 08:00 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 08:00 - Autoeficácia para transferir-se

02-10-2023 08:00 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 08:00 - Significado atribuído ao uso de dispositivo para transferir-se

02-10-2023 08:00 - Dispositivo: Andarilho - não dificultador.

02-10-2023 08:00 - Acesso a dispositivos face ao compromisso no transferir-se

02-10-2023 08:00 - Dispositivo: Andarilho - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no transferir-se [RESOLVIDO] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso no transferir-se [FIM] 10-10-2023 08:00

10-10-2023 08:00 - Consciencialização sobre compromisso no transferir-se: facilitadora [MELHOROU].

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para transferir-se [RESOLVIDO]

10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para transferir-se [FIM] 10-10-2023 08:00

10-10-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para transferir-se

10-10-2023 08:00 - Dispositivo: Andarilho - facilitadora [MELHOROU].

02-10-2023 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para transferir-se [FIM] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para transferir-se

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para transferir-se

10-10-2023 08:00 - Capacidade para transferir-se

10-10-2023 08:00 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

02-10-2023 08:00 - Instruir a transferir-se

02-10-2023 08:00 - Treinar a transferir-se

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para transferir-se

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para transferir-se

10-10-2023 08:00 - Autoeficácia para transferir-se

10-10-2023 08:00 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

02-10-2023 08:00 - Treinar a transferir-se

02-10-2023 08:00 - Elogiar o desempenho do cliente

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da autonomia para transferir-se

10-10-2023 08:00 - Refere satisfação com a autonomia para transferir-se.

10-10-2023 08:00

10-10-2023 08:00 - Capaz de mobilizar o corpo entre superfícies próximas

10-10-2023 08:00 - mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma segura e pronta.

Sentar-se

02-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de deitado para a posição de sentado

02-10-2023 08:00 - modifica de forma pronta e segura a posição do corpo.

02-10-2023 08:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de pé para a posição de sentado

02-10-2023 08:00 - Dispositivo: Andarilho - inicia o movimento, mas não o consegue completar.

02-10-2023 08:00 - Sentar-se comprometido

02-10-2023 08:00 - Determinar evolução do sentar-se

02-10-2023 08:00 - *Avaliar evolução no sentar-se*

10-10-2023 08:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de deitado para a posição de sentado

10-10-2023 08:00 - modifica de forma pronta e segura a posição do corpo [MANTEVE].

10-10-2023 08:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de pé para a posição de sentado

10-10-2023 08:00 - Dispositivo: Andarilho - baixa de forma pronta e segura a posição do corpo [MELHOROU].

02-10-2023 08:00 - Assegurar atividades de sentar-se

02-10-2023 08:00 - *Assistir no sentar-se*

02-10-2023 08:00 - *Assistir no sentar-se usando dispositivo*

02-10-2023 08:00 - Prevenir queda

02-10-2023 08:00 - *Gerir o ambiente físico para prevenir queda*

02-10-2023 08:00 - Promover autonomia para sentar-se

02-10-2023 08:00 - Consciencialização sobre compromisso no sentar-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para sentar-se

02-10-2023 08:00 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 08:00 - Capacidade para sentar-se

02-10-2023 08:00 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 08:00 - Acesso a dispositivos face ao compromisso no sentar-se

02-10-2023 08:00 - Dispositivo: Andarilho - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no sentar-se [RESOLVIDO] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - *Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso no sentar-se* [FIM] 10-10-2023 08:00

10-10-2023 08:00 - Consciencialização sobre compromisso no sentar-se: facilitadora [MELHOROU].

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação

entre o uso de dispositivo e a autonomia para sentar-se [RESOLVIDO]

10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para sentar-se [FIM] 10-10-2023 08:00

10-10-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para sentar-se

10-10-2023 08:00 - Dispositivo: Andarilho - facilitadora [MELHOROU].

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para sentar-se

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para sentar-se

10-10-2023 08:00 - Capacidade para sentar-se

10-10-2023 08:00 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

02-10-2023 08:00 - Instruir a sentar-se

02-10-2023 08:00 - Treinar o sentar-se

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da autonomia para sentar-se

10-10-2023 08:00 - Refere satisfação com a autonomia para sentar-se.

10-10-2023 08:00

10-10-2023 08:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de deitado para a posição de sentado

10-10-2023 08:00 - modifica de forma pronta e segura a posição do corpo [MANTEVE].

10-10-2023 08:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de pé para a posição de sentado

10-10-2023 08:00 - baixa de forma pronta e segura a posição do corpo.

Andar

02-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Capaz de mover-se através da marcha

02-10-2023 08:00 - Dispositivo: Andarilho - marcha com limitações para subir ou descer escadas.

02-10-2023 08:00 - Andar comprometido

02-10-2023 08:00 - Determinar evolução do andar

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução do andar

10-10-2023 08:00 - Capaz de mover-se através da marcha

10-10-2023 08:00 - Dispositivo: Andarilho - marcha com limitações para subir ou descer escadas [MANTEVE].

02-10-2023 08:00 - Prevenir queda

02-10-2023 08:00 - Assistir no andar

02-10-2023 08:00 - Adequar o vestuário para prevenir queda

02-10-2023 08:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda

02-10-2023 08:00 - Deslocar o cliente em cadeira de rodas

02-10-2023 08:00 - Promover autonomia para andar

02-10-2023 08:00 - Consciencialização sobre compromisso no andar: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar

02-10-2023 08:00 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 08:00 - Capacidade para andar

02-10-2023 08:00 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 08:00 - Autoeficácia para andar

02-10-2023 08:00 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 08:00 - Significado atribuído ao uso de auxiliar de marcha

02-10-2023 08:00 - Dispositivo: Andarilho - não dificultador.

02-10-2023 08:00 - Significado atribuído ao uso de cadeira de rodas: não dificultador.

02-10-2023 08:00 - Acesso a dispositivos face ao compromisso no andar

02-10-2023 08:00 - Dispositivo: Andarilho - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no andar [RESOLVIDO] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso no andar [FIM] 10-10-2023 08:00

10-10-2023 08:00 - Consciencialização sobre compromisso no andar: facilitadora [MELHOROU].

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar [RESOLVIDO]

10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar [FIM] 10-10-2023 08:00

10-10-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar

10-10-2023 08:00 - Dispositivo: Andarilho - facilitadora [MELHOROU].

02-10-2023 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar [FIM] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para andar

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para andar

10-10-2023 08:00 - Capacidade para andar

10-10-2023 08:00 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

02-10-2023 08:00 - Instruir a andar

02-10-2023 08:00 - Treinar o andar

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para andar

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para andar

10-10-2023 08:00 - Autoeficácia para andar

10-10-2023 08:00 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir

[MANTEVE].

02-10-2023 08:00 - Treinar o andar

02-10-2023 08:00 - Elogiar o desempenho do cliente

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da autonomia para andar

10-10-2023 08:00 - Refere satisfação com a autonomia para andar.

02-10-2023 08:00 - Promover mobilidade através de cadeira de rodas

02-10-2023 08:00 - Conhecimento sobre uso de cadeira de rodas: facilitador.

02-10-2023 08:00 - Conhecimento sobre adaptação do domicílio para usar cadeira de rodas: facilitador.

02-10-2023 08:00 - Capacidade para usar cadeira de rodas: facilitadora.

02-10-2023 08:00 - Autoeficácia para usar cadeira de rodas: facilitadora.

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da mobilidade através de cadeira de rodas

10-10-2023 08:00 - Mobiliza-se em cadeira de rodas de forma segura e autónoma.

10-10-2023 08:00 - Refere satisfação com a autonomia para mobilizar-se em cadeira de rodas.

02-10-2023 08:00 - Promover autogestão: prevenção de quedas

02-10-2023 08:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda [RESOLVIDO] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de queda [FIM] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Ensinar sobre prevenção de quedas [FIM] 10-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de quedas

10-10-2023 08:00

10-10-2023 08:00 - Capaz de mover-se através da marcha

10-10-2023 08:00 - marcha com limitações para subir ou descer escadas.

3.7. Especificação das intervenções

Ensinar sobre prevenção de quedas

- Usar roupas confortáveis, que não sejam largas nem muito compridas, para não arrastar no chão.
- Evitar usar meias sem sapatos.
- Evitar usar chinelos folgados.
- Usar sapatos confortáveis, idealmente sem atacadores e com velcro ou de meter o pé, e com sola rígida e antiderrapante.

Avaliar evolução da consciência

- Avaliar estado consciência utilizando Escala de Coma de Glasgow.

Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-assistido

- Incentivar a pessoa a mobilizar a articulação glenoumeral do membro superior esquerdo e membro superior direito (realiza a abdução e adução, 1 série de 10 repetições).
- Incentivar a pessoa a mobilizar o cotovelo do membro superior esquerdo e do membro superior direito (realiza a extensão e flexão, 1 série de 10 repetições).
- Incentivar a pessoa a mobilizar o antebraço do membro superior esquerdo e do membro superior direito (realiza a pronação e supinação, 1 série de 10 repetições).
- Incentivar a pessoa a mobilizar o punho do membro superior esquerdo e do membro superior direito (realiza a extensão, flexão, desvio radial e desvio cubital, 1 séries de 10 repetições).
- Incentivar a pessoa a mobilizar os dedos da mão esquerda e da mão direita (extensão, flexão, abdução, adução, oponência do polegar, 1 série de 10 repetições).
- Incentivar a pessoa a mobilizar a articulação coxofemoral do membro inferior esquerdo e do membro inferior direito (realiza a extensão, flexão, abdução, adução, rotação interna, rotação externa, 1 séries de 10 repetições).
- Incentivar a pessoa a mobilizar a articulação do joelho esquerdo e joelho direito (extensão, flexão, 1 séries de 10 repetições).
- Incentivar a pessoa a mobilizar a articulação tibiotársica do membro inferior esquerdo e do membro inferior direito (dorsiflexão, flexão plantar, inversão, eversão, 1 séries de 10 repetições).
- Incentivar a pessoa a mobilizar os dedos do pé esquerdo e do pé direito (extensão, flexão, 1 séries de 10 repetições).

Avaliar evolução do tônus muscular

- Avaliar o tônus muscular utilizando a Escala de Ashworth.

Avaliar evolução da ventilação

- Avaliar frequência respiratória.
- Avaliar padrão respiratório.
- Avaliar simetria torácica.
- Avaliar amplitude respiratória.
- Avaliar saturação periférica.

Avaliar evolução do equilíbrio estático

- Avaliar o equilíbrio estático através do Índice de Tinetti.
- Avaliar o equilíbrio estático através da Escala de Equilíbrio de Berg.

Avaliar evolução do equilíbrio dinâmico

- Avaliar evolução do equilíbrio dinâmico aplicando a Escala de Equilíbrio de Berg.
- Avaliar evolução do equilíbrio dinâmico aplicando o Índice de Tinetti.

Avaliar evolução da temperatura corporal

- Avaliar a temperatura corporal uma vez no turno.

Avaliar evolução da deglutição

- Avaliar a evolução aplicando a GUSS (Gugging swallowing Screen).

Planear dieta

- Após aplicar o teste de GUSS, adequar a dieta da doente.

Posicionar durante a refeição para facilitar a deglutição

- Posicionar a doente em decúbito dorsal com a cabeceira elevada entre 60-80 graus.
- Atender a correção da postura corporal (alinhamento da cabeça, tronco e extremidades).

Posicionar para prevenir a aspiração

- Posicionar para prevenir a aspiração: cabeceira do leito a 30º.

Instruir o treino do equilíbrio estático

- Orientar a pessoa a sentar-se na cadeira, e efetuar exercícios de mobilização da articulação glenoumeral (flexão, extensão, abdução, adução) do membro superior direito e depois do membro superior esquerdo, 2 séries de 10 repetições.
- Orientar a pessoa a ficar em pé e efetuar exercícios de mobilização da cabeça (flexão, rotação, lateralização e extensão), 2 séries de 10 repetições.
- Orientar a pessoa a deitada na cama, fazer a ponte com uma almofada/bola presa entre os joelhos.
- Orientar a pessoa a sentar-se na cama e efetuar exercícios de mobilização da cabeça (flexão, rotação, lateralização e extensão).
- Orientar a pessoa a sentar-se na cama e fazer a extensão dos membros superiores para trás apoiando-se com as mãos no colchão.
- Orientar a pessoa a ficar em pé, colocar as mãos ao longo do corpo, elevar uma perna e cruzar a altura do joelho fazendo um “quatro” com as pernas, 2 séries de 10 repetições.
- Orientar a pessoa a sentar-se na cadeira e atirar uma bola com uma mão ou para as duas mãos e recepcionar bola lançada com uma mão ou as duas mãos, 2 séries de 10 repetições.
- Orientar a pessoa a sentar-se na cadeira, de olhos fechados efetuar exercícios de dedonariz com cada mão, 2 séries de 10 repetições.
- Orientar a pessoa a deitada na cama fazer a ponte .
- Orientar a pessoa a sentar-se na cama e segurar a bola com as mãos e elevar os MS's sobre a cabeça, 2 séries de 10 repetições.
- Orientar a pessoa a sentar-se na cadeira e efetuar flexão/extensão/abdução/adução da articulação coxofemoral e flexão e extensão do joelho de um membro inferior, 2 séries de 10 repetições.
- Orientar a pessoa a ficar em pé, e sem apoio e de forma estática permanecer 20 segundos de olhos abertos e depois 20 segundos de olhos fechados, 1 série de 5 repetições.
- Orientar a pessoa a sentar-se na cadeira, e efetuar exercícios de mobilização da cabeça (flexão, rotação, lateralização e extensão), 2 séries de 10 repetições.
- Rolamento com as mãos entrelaçadas e os joelhos fletidos, para o lado direito e para o lado esquerdo.
- Orientar a pessoa a deitada na cama fazer a ponte com um membro inferior em extensão e o outro membro inferior em flexão, alternando a posição dos membros inferiores.
- Orientar a pessoa a sentada na cama fazer a extensão dos membros superiores para trás

apoiando-se com as mãos no colchão.

- Orientar a pessoa a ficar sentada na cama com os pés apoiados no chão e sem apoio das mãos.
- Orientar a pessoa a ficar sentada na cama com os pés no chão e de olhos fechados efetuar exercícios de dedo-nariz com cada mão.

Instruir o treino do equilíbrio dinâmico

- Orientar a pessoa a sentar-se na cadeira, e efetuar exercícios de mobilização da articulação glenoumeral (flexão, extensão, abdução, adução) de um membro, 2 séries de 10 repetições.
- Orientar a pessoa a pôr-se em pontas de pés com apoiado nas barras laterais, 2 séries de 10 repetições.
- Com a pessoa sentada na cadeira, o EEER provoca oscilação antero-posterior do tronco, 2 séries de 10 repetições.
- Orientar a pessoa a levantar-se e sentar-se na cadeira com apoio dos MS's, 2 séries de 10 repetições.
- Com a pessoa a sentada na cadeira, o EEER provoca oscilação latero-lateral do tronco, 2 séries de 10 repetições.
- Com a pessoa em pé, o EEER provoca a oscilação latero-lateral do tronco, 2 séries de 10 repetições.
- Orientar a pessoa a ficar em pé, efetuar flexão de um joelho até 90º, alternar os joelhos, 2 séries de 10 repetições.
- Orientar a pessoa a sentar-se na cadeira, efetuar exercícios de mobilização da cabeça (flexão, rotação, lateralização e extensão), 2 séries de 10 repetições.
- Com a pessoa sentada na cadeira, o EEER provoca oscilação latero-lateral do tronco, 2 séries de 10 repetições.
- Com a pessoa em pé, o EEER provoca a oscilação antero-posterior do tronco, 2 séries de 10 repetições.
- Orientar a pessoa a sentar-se na cadeira, efetuar flexão/extensão/abdução/adução da articulação coxofemoral e flexão e extensão do joelho de um membro inferior, 2 séries de 10 repetições.
- Orientar a pessoa que em pé, efetue exercícios musculo-articulares dos membros superiores e inferiores (extensão, flexão, adução, abdução), 2 séries de 10 repetições.
- Orientar a pessoa que em pé, efetue exercícios de mobilização da cabeça (flexão, rotação, lateralização e extensão), 2 séries de 10 repetições.
- Orientar a pessoa a sentar-se na cadeira, de olhos fechados efetuar exercícios de dedo-nariz com cada mão, 2 séries de 10 repetições.
- Orientar a pessoa a sentar-se na cadeira e atirar uma bola com uma mão ou para as duas mãos e recepcionar bola lançada com uma mão ou as duas mãos, 2 séries de 10 repetições.
- Com a pessoa sentada na cadeira, o EEER provoca oscilação antero-posterior do tronco, 2 séries de 10 repetições.
- Orientar a pessoa a pôr-se em pontas de pés, com apoio nos pés da cama.
- Orientar a pessoa a pôr-se sobre os calcanhares, com apoio nos pés da cama.

Instruir exercícios isométricos

- Orientar a pessoa para contrair os músculos dos membros superiores e inferiores.
- Mantê-los contraídos durante pelo menos 10-15 segundos.
- Relaxar os músculos e voltar a contraí-los.
- Fazer 3 séries de 10 repetições.

Instruir técnica de deglutição

- Ensinar técnicas posturais (flexão cervical- indicado quando há atraso no reflexo da deglutição; déficit na elevação da laringe).
- Ensinar técnicas posturais (extensão e hiperextensão cervical- indicado quando o trânsito oral é ineficiente; déficit de propulsão da língua).
- Manobra supraglótica (dizer à pessoa para inspirar, sustentar a respiração, deglutir e tossir imediatamente após a deglutição, a tosse vai facilitar a remoção de resíduos de alimentos).
- Deglutição forçada (a pessoa deve contrair os músculos enquanto deglute com força para aumentar a pressão criada durante a deglutição).
- Manobra de Mendelson (a pessoa deve colocar os dedos, polegar e indicador, de forma a elevar a laringe e segurar no momento em que está a atingir a sua posição mais elevada durante a deglutição, deve manter esta posição por 3 segundos e depois deixá-la regressar à posição inicial).
- Manobra de Masako (a pessoa deve puxar a base da língua para a frente, prender a língua entre os dentes e deglutir).
- Manobra de dupla deglutição (a pessoa deve realizar uma dupla deglutição, ou seja, manter a boca fechada e deglutir uma primeira vez e passado um segundo deglutir novamente).
- Manobra de lip pursing (a pessoa deve encerrar os lábios para proceder à deglutição do bolo alimentar, podendo utilizar as mãos para o efeito, caso necessário).

Treinar técnica de deglutição

- Deglutição supraglótica.
- Deglutição supersupraglótica.
- Manobra de Mendelson.
- Manobra lip pursing.
- Manobra de deglutição dupla.
- Deglutição forçada.
- Manobra de Masako.

Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-resistido

- Incentivar a pessoa a mobilizar a articulação glenoumeral do membro superior esquerdo e membro superior direito com o EEER a fazer resistência manual (realiza a abdução e adução, 1 série de 10 repetições).
- Incentivar a pessoa a mobilizar o cotovelo do membro superior esquerdo e do membro superior direito com o EEER a fazer resistência manual (realiza a extensão e flexão, 1 série de 10 repetições).
- Incentivar a pessoa a mobilizar o antebraço do membro superior esquerdo e do membro

superior direito com o EEER a fazer resistência manual (realiza a pronação e supinação, 1 série de 10 repetições).

- Incentivar a pessoa a mobilizar o punho do membro superior esquerdo e do membro superior direito com o EEER a fazer resistência manual (realiza a extensão, flexão, desvio radial e desvio cubital, 1 séries de 10 repetições).
- Incentivar a pessoa a mobilizar os dedos da mão esquerda e da mão direita com o EEER a fazer resistência manual (extensão, flexão, abdução, adução, oponência do polegar, 1 série de 10 repetições).
- Incentivar a pessoa a mobilizar a articulação coxofemoral do membro inferior esquerdo e do membro inferior direito com o EEER a fazer resistência manual (realiza a extensão, flexão, abdução, adução, rotação interna, rotação externa, 1 séries de 10 repetições).
- Incentivar a pessoa a mobilizar a articulação do joelho esquerdo e joelho direito com o EEER a fazer resistência manual (extensão, flexão, 1 séries de 10 repetições).
- Incentivar a pessoa a mobilizar a articulação tibiotársica do membro inferior esquerdo e do membro inferior direito com o EEER a fazer resistência manual (dorsiflexão, flexão plantar, inversão, eversão, 1 séries de 10 repetições).
- Incentivar a pessoa a mobilizar os dedos do pé esquerdo e do pé direito com o EEER a fazer resistência manual (extensão, flexão, 1 séries de 10 repetições).

Gerir o ambiente físico para prevenir queda

- Promover ambiente físico seguro.

Avaliar evolução da capacidade para deglutir

- Avaliar a deglutição aplicando a GUSS (Gugging swallowing Screen).

Avaliar evolução no sentar-se

- Avaliar se mobiliza o corpo para a posição de sentada a partir da posição de deitada.
- Avaliar se inicia o movimento a partir da posição de pé e consegue completar o mesmo.
- Avaliar se mobiliza o corpo para a posição de sentada a partir da posição de pé sem apoio.

Assistir no sentar-se usando dispositivo

- Ajustar a altura do trapézio.
- Orientar para segurar o trapézio com as duas mãos e ao mesmo tempo efetuar força direcionada (puxar com as mãos e os braços).

Avaliar evolução da pressão sanguínea

- Avaliar evolução de pressão sanguínea com esfigmomanómetro digital.

Avaliar evolução da força - contração muscular

- Avaliar evolução da força muscular com recurso a Escala de força muscular- Medical Research Council Muscle Scale.
- Efetuar a Prova dos braços estendidos (solicitar a pessoa para fletir os braços até 90º, antebraços em supinação, palmas das mãos voltadas para cima, fechar os olhos e manter assim por 10 segundos).

Instruir exercícios para promoção da mastigação.

- Orientar a pessoa para efetuar exercícios de resistência muscular dos lábios (Protrair, retrain, lateralizar os lábios. Segurar uma espátula entre os lábios protraídos. Emitir beijos fortes. Emitir fortemente as sílabas Pá Pá Pá.).
- Orientar a pessoa para efetuar exercícios de resistência muscular da língua (Protrair, retrain, elevar e lateralizar a língua. Vibrar, tubular a língua. Fazer força antagónica entre a língua e uma espátula. Percorrer toda a arcada dentária com a ponta da língua. Estalar a língua. Emitir fortemente as sílabas Tá Tá Tá.).
- Orientar a pessoa para efetuar exercícios de resistência muscular das bochechas (Insuflar as bochechas uni e bilateralmente, e manter por alguns segundos. Sugar. Soprar..).

3.8. Síntese relativa ao caso

A narrativa desta conceção de cuidados, advém do contato direto efetuado com a Pessoa mencionada aquando da descrição do cenário I e ocorreu em contexto hospital, num serviço de Neurocirurgia, onde podemos aferir através de observação, entrevista, consulta do processo de enfermagem e diário clínico, todos os dados pertinentes e relevantes à elaboração de um plano de intervenção especializado em enfermagem de reabilitação.

Este foi um processo guiado pela identificação sistemática do máximo de dados relevantes, permitindo-nos identificar os domínios essenciais e direcionar a nossa ação de enfermagem de reabilitação. A partir daí, desenvolvemos um plano de cuidados individualizado e diferenciado, implementando as intervenções planeadas e avaliando posteriormente os resultados obtidos.

Com o nosso foco na reabilitação e otimização das funções motoras, sensoriais e cognitivas desta Pessoa, criamos um programa sustentado por várias intervenções específicas. Realizaram-se exercícios progressivos, adaptados às capacidades de assimilação e retenção da pessoa, com o intuito de a capacitar e potenciar a sua recuperação funcional, promovendo uma maior autonomia e melhorando o seu bem-estar e qualidade de vida.

Foi uma abordagem que se centrou fundamentalmente na personalização e individualização dos cuidados prestados, visando alcançar resultados positivos e desta forma, maximizar a funcionalidade desta pessoa.

Usamos como instrumentos de apoio à tomada de decisão, e que nos ajudaram e permitiram a identificação de dados relevantes, fundamentais para o desenvolvimento desta conceção de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, a Escala de *Ashworth* modificada, a *Medical Research Council Muscle Scale*, a Escala de Equilíbrio de *Berg*, o Índice de *Tinetti*, a *GUSS* (*Gugging Swallowing Screen*) e o Índice de *Barthel*.

Os domínios de enfermagem relacionados com o compromisso apresentado pela pessoa centraram-se principalmente nos processos corporais (força muscular, equilíbrio estático,

equilíbrio dinâmico, deglutição, vestir-se e despir-se, levantar-se, transferir-se, andar, cuidar da higiene pessoal). Também consideramos os processos cognitivos como a aquisição de conhecimentos e capacidades.

Com base nos compromissos, alterações e limitações identificados na pessoa, desenvolvemos intervenções específicas e direcionadas de enfermagem especializada em reabilitação. O nosso objetivo foi promover a função motora, capacitar para o autocuidado, otimizar o processo de deglutição, melhorar o equilíbrio e, por conseguinte, reeducar e ajudar a pessoa a readquirir e melhorar as restantes funções que estavam comprometidas.

É importante destacar que, como profissionais de enfermagem especializados em reabilitação, não negligenciamos os princípios fundamentais do referencial teórico de Meleis. Independentemente da transição vivenciada, neste caso específico, uma transição de saúde/doença, consideramos como a pessoa se adaptou à sua nova condição mental, física e social. Inteiramo-nos e percebemos a sua consciencialização sobre a situação que estava a vivenciar, as mudanças resultantes deste processo de transição e o impacto do mesmo para si e a sua condição de saúde.

Nesse sentido, intervimos para promover uma transição sustentada e saudável, sendo que a pessoa mostrou estar consciente dessa mudança, manifestando confiança, envolvimento e compromisso com o plano de reabilitação e os EEER, questionando sempre sobre a sua condição de saúde, as intervenções específicas implementadas, seus benefícios e a sua evolução e resultados esperados.

No contexto das condições facilitadoras deste processo, a pessoa demonstrou a crença de que é possível recuperar e readquirir a autonomia, tendo depositado grande confiança nos cuidados de saúde prestados pelos EEER e na equipe multidisciplinar.

Um dos fatores condicionantes com que nos deparamos, foram os períodos de ansiedade apresentados pela pessoa, decorrentes do fato de esta viver sozinha e sentir que não ia ter o suporte e apoio necessário para vivenciar este processo de transição saúde/ doença em que estava envolvida, que advém do fato de os filhos estarem emigrados, e esta não ter uma relação de proximidade com os restantes familiares.

Durante as sessões de reabilitação, esta participou ativamente e cumpriu com o delineado, mantendo uma atitude assertiva e positiva. Afirmou estar consciencializada da importância deste longo e que se pretende profícuo, plano de reabilitação.

No decorrer dos vários contatos que mantivemos com esta pessoa, a mesma demonstrou sempre muita motivação, força de vontade e volição em cumprir com o plano de enfermagem especializado e respetivo programa de reabilitação desenvolvido para atender as suas necessidades e limitações identificadas e progredir dia-a-dia no encalce de resultados positivos, que lhe permitissem readquirir as suas capacidades motoras, a sua funcionalidade e autonomia.

Inicialmente, aquando da primeira observação, esta apresentava compromisso na execução dos autocuidados, compromisso na deglutição, tinha compromisso do equilíbrio estático e dinâmico, diminuição da força a nível dos membros superiores e membros inferiores, mais acentuada no membro inferior esquerdo, compromisso no sentar-se, levantar-se, transferir-se e andar. Apresentava um score do Índice de Tinetti de 7 pontos (equilíbrio estático- 6 pontos; equilíbrio dinâmico- 1 ponto) e um score na Escala de Equilíbrio de Berg de 15 pontos. Após seis sessões de reabilitação, no último contato que efetuamos com a pessoa, esta já apresentava melhorias e uma evolução favorável do seu estado de saúde a vários níveis, em virtude da sua adesão e empenho no cumprimento do plano de reabilitação concretizado.

Em suma, já deglutia água e ingeria dieta pastosa, tinha uma força mantida nos membros superiores e membro inferior direito e uma força de grau 4 à nível do membro inferior esquerdo, executava o levante e transferências cama-cadeira e vise-versa e sentava-se com ajuda mínima, já tomava banho com ajuda mínima, já utilizava o sanitário com ajuda mínima, evoluiu favoravelmente ao nível do compromisso do equilíbrio, e apresentava um equilíbrio estático e dinâmico melhorado com *score* do Índice de Tinetti de 19 pontos (equilíbrio estático- 10 pontos; equilíbrio dinâmico- 9 pontos) e um *score* na Escala de Equilíbrio de *Berg* de 35 pontos, deambulava com auxiliar de marcha (andarilho) ou apenas com apoio unilateral do EEER.

Podemos afirmar que esta pessoa tem todo o potencial para continuar a evoluir positivamente na sua condição de saúde, atingir os resultados pretendidos e concretizar com sucesso todo este processo transicional que está a vivenciar.

4. CENÁRIO_2

A narrativa que se segue refere-se à conceção de cuidados especializados do EEER a uma Pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC) que cumpre com um plano terapêutico com maior enfoque no treino motor e treino de equilíbrio. A sistematização dos cuidados especializados em enfermagem de Reabilitação neste estudo de caso, iniciou-se em janeiro de 2024 dando-se continuidade posteriormente com a frequência de duas vezes por semana. O processo de tomada de decisão decorreu a partir dos dados decursivos da anamnese, entrevista à Pessoa e consulta do processo clínico. O doente alvo foi designado por «Pessoa» de modo a ressaltar a confidencialidade de dados e o anonimato.

4.1. Enquadramento teórico

- **DESCRIÇÃO DO CENÁRIO_2: CONCEÇÃO DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM COMPROMISSO DO EQUILÍBRIO, DECORRENTE DE AVC**

O presente caso corresponde a uma Pessoa de 70 anos de idade, caucasiano de nacionalidade portuguesa. Vigil e orientado nas três dimensões, respondendo de forma adequada face aos estímulos. Previamente, era autónomo no autocuidado.

Casado, reside com a esposa; sem filhos. Frequentou escolaridade detendo o 6º ano de escolaridade, atualmente reformado, sendo que a sua atividade laboral era motorista de táxi em empresa do próprio.

Mantém vida social ativa, com hábito diário de ida ao café do prédio assim como ao Centro Comercial, uma vez que vive nas imediações. Refere fazer caminhadas com frequência com a esposa, assim como participar nas excursões e atividades desenvolvidas pela Junta de freguesia da área de residência.

Vive em habitação própria, apartamento tipologia 1 composto por um quarto de dormir, cozinha, sala e uma casa de banho. Acesso à residência, sita no 1º andar através de um lanço de 10 degraus, em prédio sem elevador. Descreve o seu prédio como antigo, porém bem localizado, próximo de vários serviços públicos tais como rede de transportes públicos, supermercado, farmácia, correio e outras fontes de abastecimento básico. Condições de habitabilidade, salubridade e saneamento básico asseguradas.

Tem como antecedentes clínicos conhecidos: alcoolismo e tabagismo acentuados, tendo cessado hábitos há cerca de 20 anos, Hipertensão arterial, Dislipidémia cumprindo medicação desde o ano 2000 e Fibrilhação auricular paroxística diagnosticada em dezembro de 2022.

Seguido em Consulta de Medicina Geral Familiar no Centro de Saúde da sua área de residência,

cumprindo o regime medicamentoso prescrito.

Admitido a 02/12/2023 em unidade hospitalar – Unidade de AVC por episódio de perda de consciência associada a alteração da articulação verbal, diminuição da força muscular do hemicorpo esquerdo, tendo realizado à data Tomografia Computorizada cranioencefálica (TAC CE) e AngioTAC-CE que evidenciou oclusão da Artéria Carótida Interna direita tendo sido submetido a recanalização farmacológica através de trombólise e trombectomia endovascular por apresentar critérios de inclusão na Via Verde AVC.

Referenciado pelo EEER da Unidade de AVC para continuidade do plano terapêutico de reabilitação visando, maximizar o seu potencial para o bem-estar e funcionalidade.

À admissão na Unidade de cuidados na comunidade apresenta-se vigil, consciente e orientado na pessoa, tempo e espaço. Articulava palavras, repetindo e enumerando-as sem alterações. Exibia parésia central esquerda com discreto apagamento do sulco nasogeniano esquerdo. Hemiparésia esquerda de predomínio braquial distal. Marcha assimétrica, não funcional com discreta lateralização do tronco para a esquerda, sem recurso a produtos de apoio apoiando-se na esposa que o acompanhava.

• ENQUADRAMENTO TEÓRICO CONCEPTUAL DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO

As doenças cerebrovasculares são consideradas uma das principais causas de morbimortalidade que levam à incapacidade física na população, sendo indigitadas como a segunda principal causa de morte (Moraes *et al.*, 2023) e como a segunda causa de incapacidade funcional no mundo (Sales *et al.*, 2024).

Szymanski *et al.*, (2021) no seu artigo de revisão aludem que o Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a doença cerebrovascular com maior incidência sendo responsável por gerar uma súbita alteração neurológica de características focais e/ou difusas.

Como referido anteriormente, é conceituado como uma disfunção neurológica aguda de origem vascular, com sinais e sintomas que correspondem ao comprometimento de áreas focais do cérebro e descrito como um déficit neurológico de início súbito cujos sintomas persistem durante e após 24 horas, subsequente a uma alteração vascular que promove a interrupção do fluxo sanguíneo para uma área específica (Neves & Guimarães, 2015).

Focando-se no Cenário_2 em estudo, importa descrever que o AVC resulta de uma oclusão vascular localizada que interrompe o fluxo sanguíneo para o tecido cerebral e afeta os seus processos metabólicos (Moulin & Leys, 2019).

A *American Stroke Association* classifica o AVC em quatro tipos, consoante o seu mecanismo de origem: isquémico, hemorrágico, criptogénico e o acidente isquémico transitório (*American Heart Association*, 2018). De entre os vários tipos de AVC, o Isquémico assume uma maior prevalência uma vez que ocorre em 87% dos casos e é originado aquando da interrupção do fluxo sanguíneo a uma determinada área do cérebro (Steiner, 2015; *American Heart Association*, 2018; Szymanski *et al.*, 2021).

O AVC Isquémico advém mediante a interrupção da circulação sanguínea cerebral provocada por um trombo (coágulo da artéria) ou êmbolo (origem cardíaca ou nas artérias do pescoço),

que provoca isquemia e, por sua vez, enfarte (*American Heart Association*, 2018). Perante a redução do fluxo sanguíneo para níveis baixos, ocorre um influxo de sódio e água provocando uma redistribuição da água presente no tecido cerebral e edema levando à morte destas mesmas células (Vilela *et al.*, 2017). Esta falha de aporte energético provoca uma região isquêmica irreversivelmente lesionada conhecida como núcleo isquêmico. (Wannamaker *et al.*, 2019; Kamalian & Lev, 2019)

Na mesma linha de pensamento, Szymanski *et al.* (2021) no seu artigo menciona que o AVC Isquêmico ocorre de uma oclusão, parcial ou total, de um vaso sanguíneo cerebral por uma placa aterosclerótica ou por um coágulo vindo do corpo pela circulação. A aterosclerose forma placas gordurosas que levam a estenose do vaso, posterior ulceração das lesões ateroscleróticas e trombose, sendo que trombose cerebral é causada pela formação de coágulos internos nas artérias cerebrais e nos seus ramos. A área que não recebe o fluxo de sangue resulta em morte neuronal por necrose isquêmica, sendo um processo que ocorre entre 4 a 10 minutos, contudo, nas áreas laterais em que o sangue segue através da circulação promovida pelos vasos colaterais, a lesão será menos intensa. Essa área é denominada de “zona de penumbra isquêmica”, pelo fato de que está no limite entre a morte celular e a retoma das funções. Desta forma quanto mais precoce for instaurado o tratamento, mais alta será a taxa de reversão isquêmica.

Como tal, considerar fatores tais como o grau de oclusão, vasculatura colateral existente, ou mesmo os níveis de pressão arterial, podem contribuir para a manutenção de fluxo na zona circundante do núcleo isquêmico em níveis que permitam a integridade das membranas celulares e a viabilidade de algum tecido, apesar da sua hipoperfusão, e consequente disfuncionalidade (Vilela *et al.*, 2017; Kamalian & Lev, 2019), indo ao encontro da expressão “tempo é cérebro”, uma vez que nos sensibiliza para a importância da vulnerabilidade do tecido cerebral (DGS, norma 015/2017).

No que concerne ao tratamento, a norma acima citada norteia os critérios de inclusão para o acionar da Via Verde do AVC em Portugal, descrevendo tanto o tratamento trombolítico intravenoso (tratamento iniciado na fase aguda do AVC sendo potencializador da restauração do fluxo sanguíneo através da infusão do ativador plasmogénico tecidual recombinante) e a trombectomia endovascular (desobstrução do vaso arterial cerebral) de oclusão de grandes vasos como técnicas terapêuticas que melhoraram o resultado funcional sem aumentar o risco de morte (Hanauer *et al.*, 2018; Roxa *et al.*, 2021; Szymanski *et al.*, (2021); Roaldsen *et al.*, 2023), sendo que, tal como inicialmente narrado aquando da descrição do Cenário_2, a Pessoa em estudo neste caso foi submetida a ambas as técnicas de intervenção aquando da admissão hospitalar.

A apresentação clínica do AVC caracteriza-se essencialmente por uma manifestação súbita de déficit neurológico, que no caso em estudo, a Pessoa alvo dos cuidados especializados em ER, apresentou episódio súbito de perda de consciência. Importa referir que para cada território vascular cerebral afetado, há um tipo de perfil clínico sugestivo, no entanto, nem sempre facilmente distinguível (Sartoretto *et al.*, 2019).

Porém, como adita Roxa *et al.* (2021) no seu estudo epidemiológico, a apresentação clínica após AVC isquêmico, pode incluir um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: alteração da sensibilidade, perda da visão, náusea e vômito, paralisia facial, alterações da fala, disfunção visão-espacial, sendo a hemiplegia o principal sintoma, caracterizada pela perda do controle

motor voluntário do hemicorpo contralateral à lesão encefálica, que se instala em minutos ou horas e leva a alterações no controle postural e no equilíbrio, domínios de atenção do EEER no decorrer desta concepção de cuidados à Pessoa-alvo, o que corrobora com o descrito na revisão de literatura realizada por Szymanski *et al.* (2021).

Este mesmo autor supramencionado, adita ainda no seu artigo de revisão de literatura que a localização da lesão na topografia, assim como a extensão do dano, irão determinar o quadro neurológico da pessoa acometida por AVC Isquémico, acrescentando ainda que a sintomatologia piora na coexistência de isquemia e sangramento intracerebral. Neste contexto, abordam-se outros sinais e sintomas clínicos característicos, tais como: diminuição de força e/ou sensibilidade contralateral, afasia ou disartria, alteração de consciência, confusão e perda de memória momentânea, sinais e sintomas estes que:

“(...) geram prejuízos ao limitar a realização das atividades de vida diária, contribuem para a restrição e o isolamento social por parte do doente e, consequentemente a piora da qualidade de vida”

Szymanski *et al.*, (2021, p.7)

Almeida *et al.* (2022) no seu artigo corroboram com o descrito, referindo que o AVC é a principal causa de incapacidade, podendo gerar consequências no aspeto físico, mental e social, impactando na independência funcional e na execução das atividades de vida diária, cujas limitações decorrentes do AVC dependem da parte cerebral afetada e do tamanho da lesão.

Por sua vez, Sales *et al.* (2024) mencionam no seu estudo que o AVC e a incapacidade funcional decorrente, geram graves impactos emocionais, sendo necessário que a Pessoa se adapte à nova condição temporária ou permanente.

Face ao exposto, realça-se a intervenção especializada do EEER, que visa promover a independência funcional em todos os contextos que a pessoa possa estar envolvida, desde a precoce intervenção em contexto hospitalar, mas sendo ainda extrapolada a sua intervenção em contexto da comunidade e domiciliário. O EEER tem assim um papel primordial na avaliação dos défices, na identificação de diagnósticos, no planeamento e na implementação de intervenções que visam a capacitação da Pessoa e/ou família/cuidador assegurando a continuidade de cuidados de reabilitação, a potencialização da independência e a readaptação funcional, contribuindo para a efetividade e mestria no processo de transição saúde-doença (Regulamento nº 392/2019).

No plano terapêutico do AVC isquémico importa ainda atender à prevenção primária, secundária e à promoção da saúde. Destaca-se assim a determinação de fatores de risco não modificáveis, tais como a idade, género, raça/etnia e os fatores modificáveis, tais como a diabetes mellitus, fatores dietéticos, obesidade, sedentarismo, e com maior relevo para o caso em estudo, tabagismo, alcoolismo, dislipidemia, hipertensão arterial e fibrilhação auricular (Aguiar *et al.*, 2017; DGS (2017); Fernandes *et al.*, 2021; Roxa *et al.*, 2021; Silva & Oliveira, 2023; Moraes *et al.*, 2023; Sales *et al.*, 2024)

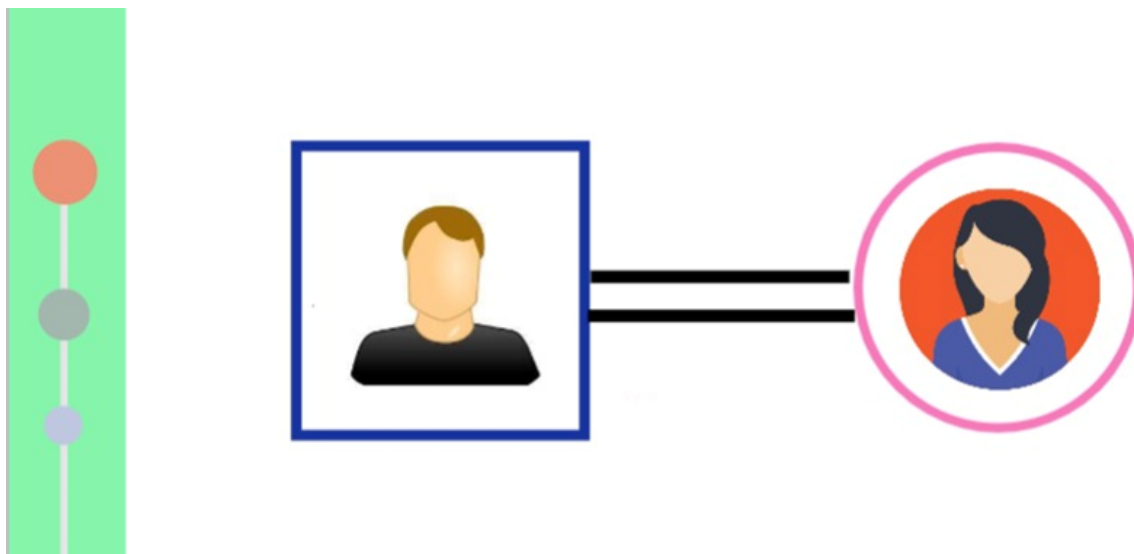
Por fim, na ótica da reabilitação da Pessoa acometida com compromisso do sistema nervoso decorrente de AVC isquémico, na literatura atual podemos apurar que segundo Sales *et al.* (2024) a reabilitação precoce assume-se como uma estratégia que visa a recuperação, minimizar as incapacidades funcionais, favorecer a capacidade de realizar as atividades básicas,

aumentar a autoestima e proporcionar autonomia ao indivíduo. Ainda de acordo com o mesmo autor, o ideal é que a esta reabilitação seja iniciada no hospital e continuada após alta e que a atenção primária dê continuidade ao cuidado e tratamento.

Perante o supracitado, o presente estudo centrou-se na implementação de um programa de reeducação funcional, composto por intervenções específicas do EEER junto da Pessoa com compromisso no sistema nervoso cuja etiologia foi um AVC isquémico, sendo que nas secções que se seguem serão desenvolvidas e descritas estratégias devidamente fundamentadas no processo de enfermagem, no padrão documental dos cuidados especializados em ER alicerçados aos referenciais teóricos do Autocuidado de Orem e, essencialmente, das transições de Afaf Meleis, assim como ao uso de instrumentos de avaliação apropriados que sustentam a tomada de decisão em ER.

De seguida apresentamos o genograma da pessoa onde identificamos as suas relações e ligações dentro do sistema familiar, e o ecomapa, onde identificamos as suas relações e ligações com a família e com o meio e a comunidade onde habita.

- **GENOGRAMA**



• ECOMAPA



4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 69 anos | Masculino

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-01-04 11:00:00	Atorvastatina 40 mg, via oral, ao jantar	
2024-01-04 11:00:00	Aspirina 100mg, comprimidos, via oral, ao almoço	
2024-01-04 11:00:00	Apixabano 5mg, via oral, 12 em 12 horas	
2024-01-04 11:00:00	Triplixam 5mg + 1.25mg + 5mg, via oral, ao pequeno-almoço	
2024-01-04 11:00:00	Amiodorona 200mg, via oral, ao almoço	

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Atorvastatina: As estatinas são medicamentos com o mesmo mecanismo de ação que estão indicados no tratamento da hipercolesterolemia e na prevenção das doenças cardiovasculares associadas a aterosclerose.

Aspirina 100mg: Cada comprimido gastrorresistente contém 100 mg da substância ativa ácido acetilsalicílico.

"O ácido acetilsalicílico possui, entre outras, a capacidade de reduzir a agregação das plaquetas, um dos componentes do sangue, fundamental para a formação dos coágulos sanguíneos. Este mecanismo de ação permite uma ação benéfica em situações em que existe risco de formação de coágulos (trombos) nos vasos sanguíneos, como acontece em certas doenças cardiovasculares"

(Bayer, 2020)

Entre alguns efeitos indesejáveis, os mais frequentemente observados são de natureza gastrointestinal, em particular na população idosa, tais como úlceras pépticas, perfuração ou hemorragia gastrointestinal potencialmente fatais.

Apixabano 5mg: o seu efeito terapêutico passa pela prevenção de acidente vascular cerebral e embolismo sistémico em doentes adultos com história de fibrilhação auricular não valvular com outros fatores de risco sendo que, no cenário em estudo, se realça a hipertensão arterial. Tal como com outros anticoagulantes, aquando da toma de apixabano devem ser cuidadosamente observados eventuais sinais / sintomas de hemorragia, daí que seja recomendado a sua utilização com precaução em situações com risco hemorrágico aumentado, sendo interrompida se ocorrência de hemorragia grave. No estudo de caso em apreço importa ainda realçar que a toma concomitante de apixabano com um anti-plaquetário incrementa o risco de hemorragia, sendo a epistaxes um sinal recorrente (Agência Europeia do Medicamento,

2023)

Triplixam 5mg + 1.25mg + 5mg: trata-se de uma associação de três substâncias ativas, que contém 3,395 mg perindopril equivalente a 5 mg perindopril arginina, 1,25 mg indapamida e 6,935 mg amlodipina besilato equivalente a 5 mg de amlodipina . É um medicamento anti-hipertensor, em que cada uma das substâncias ativas reduz a pressão arterial e atuam em conjunto para o controlo da mesma:

- O perindopril pertence a uma classe de medicamentos chamados Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina (IECA), atua incrementando a dilatação dos vasos sanguíneos reduzindo a sobrecarga cardíaca.
- A indapamida é um diurético (que pertence a uma classe de medicamentos chamados derivados das sulfonamidas com um anel indólico), contudo ao contrário de outros diuréticos, a indapamida só provoca um ligeiro aumento da quantidade de urina produzida.
- A amlodipina é um antagonista dos canais de cálcio (que pertence a uma classe de medicamentos chamado dihidropiridinas), cuja ação promove o relaxamento dos vasos sanguíneos favorecendo o fluxo sanguíneo (INFARMED, 2023)

Como tal, a monitorização e vigilância frequente quer da Pressão Arterial quer da função renal são parâmetros a ter em consideração pela equipa multidisciplinar, onde se inclui o EEER.

Amiodorona 200mg: trata-se um fármaco antiarrítmico cuja ação farmacológica induz alterações no eletrocardiograma , prevenindo assim arritmias potencialmente fatais. Importa referir, que as pessoas que procedam à toma da amiodarona como "dose de manutenção" devem ser alertadas para os sintomas de bradicardia e bloqueio cardíaco e informados da necessidade de contactarem e/ou se dirigirem a uma unidade se verificarem o início de algum sinal/sintoma.

Dado que a amiodarona pode induzir hipotireoidismo ou hipertireoidismo, é recomendada a monitorização clínica e biológica (uTSH) antes do início da terapêutica, durante o tratamento, e principalmente, os níveis séricos de uTSH devem ser determinados quando se suspeita de disfunção da tiróide. Outro dado importante a reter é que nem a amiodarona, nem os seus metabolitos são removíveis durante a diálise, assim como não existe antídoto em caso de sobredosagem, podendo levar a situações de bradicardia extrema e bloqueio cardíaco (INFARMED, 2021).

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

TAC- CE e AngioTAC- CE, evidenciou oclusão da Artéria Carótica Interna direita.

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
04-01-2024 11:00	Consciência	
04-01-2024 11:00	Força muscular	
04-01-2024 11:00	Movimento articular	
04-01-2024 11:00	Tónus muscular	
04-01-2024 11:00	Função motora fina	
04-01-2024 11:00	Equilíbrio estático	
04-01-2024 11:00	Equilíbrio dinâmico	
04-01-2024 11:00	Sensações somáticas	11-01-2024 11:00
04-01-2024 11:00	Perceção corporal	11-01-2024 11:00
04-01-2024 11:00	Reflexo corneano	11-01-2024 11:00
04-01-2024 11:00	Comunicação verbal	11-01-2024 11:00
04-01-2024 11:00	Sistema respiratório	
04-01-2024 11:00	Sistema cardiovascular	
04-01-2024 11:00	Mastigação	11-01-2024 11:00
04-01-2024 11:00	Deglutição	11-01-2024 11:00
04-01-2024 11:00	Emoção	
04-01-2024 11:00	Erguer-se	11-01-2024 11:00
04-01-2024 11:00	Sentar-se	11-01-2024 11:00
04-01-2024 11:00	Vestir-se ou despir-se	
04-01-2024 11:00	Andar	
04-01-2024 11:00	Alimentar-se	11-01-2024 11:00
04-01-2024 11:00	Autogestão do regime medicamentoso	11-01-2024 11:00
04-01-2024 11:00	Padrão de exercício	
04-01-2024 11:00	Comportamento de procura de saúde	

4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Consciência

A neuroavaliação é uma ferramenta essencial para o EEER na avaliação sistematizada da pessoa com AVC, sendo coadjuvante para o plano terapêutico quando associado aos resultados decorrentes do exame neurológico.

Assim, a neuroavaliação pode definir-se como um conjunto de técnicas que permitem provocar uma resposta do sistema nervoso, como tal a realização correta da neuroavaliação pode determinar o sentido do processo terapêutico e inclusive a chave desse mesmo processo. Contempla a avaliação de vários parâmetros, tais como a reação pupilar, pares craneanos, força muscular, sensibilidade, tônus muscular e coordenação motora, assim como o estado de consciência (Branco & Santos, 2010; Menoita et al., 2012; Marques-Vieira et al., 2017).

Baptista (2003) já aludia que a avaliação do estado de consciência constituiu para a enfermagem o “*ponto de partida para um adequado diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação*” considerando-o como o parâmetro mais importante da avaliação neurológica.

Por sua vez a CIPE® (2018) conceitua o domínio: Consciência como:

“Status: resposta mental a impressões resultantes de uma combinação dos sentidos; mantendo a mente alerta e sensível ao ambiente exterior”, sendo que sob a ótica do EEER revela especial interesse a sua avaliação, na medida que qualquer alteração no sistema nervoso poderá levar à deterioração do estado de consciência.

Nos quadros clínicos de AVC, como é o caso do Cenário_2 em apreço, conforme a extensão da lesão podem verificar-se diversos níveis de consciência: Vígil – estado de consciência plena, com resposta imediata aos estímulos e de forma adequada; Letárgico – estado de sonolência, é necessário um estímulo externo intenso para acordar, com resposta lenta e incompleta a esse estímulo; Obnubilado – existe indiferença ao estímulo, sendo que o despertar pode ser muito difícil; Estuporoso – apenas há reação de um estímulo doloroso de forma continuada e intensa; Comatoso – ausência de resposta voluntária aos estímulos, mesmo que sejam dolorosos, contudo pode haver resposta reflexa (Branco & Santos, 2010; Menoita et al., 2012).

Força Muscular e Movimento Articular

No artigo de Silveira et al. (2017, p.334) referente à função motora em contexto de AVC, este alega que:

“De todas as incapacidades e prejuízos sensoriomotores gerados pelo AVC, a paresia/plegia do membro superior é tida como a mais significativa sequela, por impactar diretamente na função motora e limitar consideravelmente o nível de independência funcional do paciente, comprometendo sua autonomia”.

Araújo et al., (2021) corrobora com o supramencionado advogando que o EEER deve assim contemplar o movimento articular no seu plano terapêutico, objetivando o evitar de eventuais complicações, a mobilização precoce, iniciando com técnicas de mobilização passiva

progredindo para ativa-assistida e posteriormente para ativo-resistida conforme a evolução da Pessoa.

Subsequente à hemiparesia / hemiplegia alguns défices motores são esperados, o que pode envolver também alterações no movimento articular e na amplitude de movimento, com consequente compromisso na percepção e motricidade reflexa, assim como na sinergia do movimento, ocorrendo presença de dor (Silveira *et al.*, 2017). Todas as articulações dos membros afetados devem ser mobilizadas em todas as direções e por toda a amplitude de movimento normal, de forma lenta e suave (Araújo *et al.*, 2021)

Das complicações mais frequentes destes dois domínios, destaca-se a Ombro doloroso, que segundo Correia *et al.* (2019) é uma condição frequente no processo de reabilitação após AVC e que pode surgir entre duas semanas a quatro meses após o AVC, apresentando elevada incidência e etiologia multifatorial, podendo comprometer os resultados do programa de reabilitação.

No artigo de revisão integrativa sobre a temática alusiva ao Ombro doloroso, os autores acima citados referem ainda que essa condição compromete o membro superior plégico ou parético, e que muito embora tenha etiologia multifatorial está geralmente associada “(..) à *musculatura flácida, em consequência da ausência do controle motor, e à inatividade do membro na fase inicial do AVC.*” Tal facto aumenta a suscetibilidade para causar lesões, tais como “(...) *estiramento das suas estruturas; a imobilização absoluta do membro, que conduz à fraqueza e hipotrofia muscular por desuso; contraturas musculares; espasticidade; lesões de partes moles; capsulite adesiva; subluxação e síndrome dolorosa miofascial*” (Correia *et al.* 2019, p.11).

O EEER inserido na equipa multidisciplinar pode assim contribuir para os ganhos em saúde, prevenindo complicações, elaborando e contratualizando planos de intervenção especializada que visem a melhoria da autonomia, capacitação para o autocuidado, bem-estar e qualidade de vida da pessoa com AVC (Regulamento nº 392/2019) indo ao encontro às recomendações descritas por Teasell *et al.*, (2020).

A tomada de decisão deve ser assim ostentada em instrumentos de apoio, dos quais se destacam a *Medical Research Council Muscle Scale* e a *Goniometria* (instrumento de medida que avalia a amplitude articular) (OE, 2016).

Na paresia facial ocorre uma interrupção da informação motora para a musculatura facial, afetando essencialmente o nervo facial responsável pela musculatura da mímica facial. Estas paresias podem ser classificadas de dois tipos, central (ou supranucleares) e periférica (nuclear e infranucleares). (Menoita, 2012)

Pimenta *et al.*, (2019) no seu artigo relativo ao delinear de um plano de reeducação facial após paresia, descreve que “a parésia facial central, é uma das consequências de alteração de mobilidade mais comuns após o AVC” sendo que os sinais evidentes da sua instalação são decorrentes da alteração da mímica facial, acometendo, porém, funções tais como a comunicação verbal e não verbal, a alimentação e a proteção dos olhos, uma vez que a paresia

facial “apresenta um defeito funcional e estético que se manifesta pela assimetria facial e pela incapacidade muscular para a mímica na metade inferior do rosto, na perda de saliva pelo canto da boca, no sorriso assimétrico, a na articulação das palavras, por atonia dos lábios, língua e garganta” (p. 1693).

Para uma avaliação mais objetiva temos como recurso a escala de House Brackmann (OE, 2016), instrumento de medida amplamente aceite e adotado na avaliação da parésia facial. Permite a diferenciação da paralisia facial em seis graus em que Grau I é definido como normal, Grau II – disfunção leve, Grau III - disfunção moderada, Grau IV – disfunção moderadamente severa, Grau V – disfunção severa e Grau VI – Paralisia Total, através da avaliação detalhada da musculatura facial (supraciliar / frontal / orbicular das pálpebras / risorius / quadrado do mento / bucinador e orbicular dos lábios) (Araújo et al., 2021).

Tónus Muscular

Araújo et al. (2021) identifica a Espasticidade como um foco de enfermagem relevante na pessoa com compromisso no sistema nervoso decursivo de AVC.

Nesta linha de pensamento, a CIPE® (2018) refere-se à Espasticidade como:

"Processo do sistema musculoesquelético comprometido: contração descontrolada dos músculos esqueléticos; aumento do tónus muscular; rigidez muscular e movimentos descoordenados",

na medida em que, na sequência de um AVC, o hemicorpo acometido pela lesão apresenta uma hipotonia / flacidez inicial, que evolui posteriormente para o aumento do tónus, de que resulta um incremento da resistência ao movimento passivo, condição frequente nos padrões espásticos (Menoita, 2012).

Na mesma linha de ideias, Teixeira et al., (2017) na sua revisão sistemática referem que:

"(...) Um ano após o AVC, 30% de sobreviventes referem ter uma incapacidade significativa, incluindo espasticidade dos membros ou flacidez, (...) a espasticidade está presente em 19% a 43% dos sobreviventes de AVC".

O estudo de caso de Raposo et al., (2020, p.19) corrobora com o mencionado, descrevendo o padrão espástico usualmente observado aquando da espasticidade instalada:

"Nos membros superiores existe um predomínio do grupo dos músculos flexores, verificando-se uma adução e rotação interna do ombro; flexão do cotovelo; pronação do antebraço, flexão do punho e dedos. Nos membros inferiores o predomínio será dos músculos extensores, marcado pela rotação externa da coxofemoral, extensão da coxofemoral e joelho; inversão da tibiotársica e dorsiflexão do pé. Esta é uma postura que mantida por um período de tempo prolongado promove um endurecimento muscular e limitações na amplitude articular acompanhada de dor."

Deste modo, o impacto negativo da espasticidade na capacidade funcional é considerada uma

das limitações motoras mais incapacitantes, que estabelece limitações nas tarefas instrumentais básicas, neste sentido destaca-se as habilidades técnico-científicas do EEER na capacitação da Pessoa com AVC, através da implementação de exercícios que promovam o fortalecimento muscular, assim como ganhos ao nível do movimento articular prevenindo eventuais complicações, visando promoção e a maximização da independência e funcionalidade da Pessoa (Teasell et al., 2020)

No caso em estudo, fomentando as condições facilitadoras por parte da Pessoa-alvo (capacidade cognitiva, capacidade física, consciencialização, volição, envolvimento no plano terapêutico e a crença e desejo expresso em recuperar) o EEER objetiva empoderar e capacitar a Pessoa para a consciencialização e conhecimento da relação entre os exercícios e o tônus muscular.

Na avaliação do tônus muscular a Escala de *Ashworth* Modificada, é o instrumento “*gold standard*” (OE, 2016).

Função Motora Fina

A função motora fina é perspectivada pela CIPE® (2018) como uma função inerente ao movimento corporal.

Na ótica do EEER perante a Pessoa acometida com AVC este domínio ganha relevo uma vez que a pessoa em estudo neste Cenário_2, apresenta hemiparesia do membro superior esquerdo, de predomínio braquial, indo ao encontro do descrito na literatura atual, que refere que o “*membro superior acometido pode apresentar diminuição da força muscular como também apresentar espasticidade*” e como tal “*tem recebido atenção especial na sua reabilitação*” uma vez que “*as funções desempenhadas pelo membro superior são de extrema importância para a realização das atividades de vida diárias, que inclui o alcance direcionado, a apreensão e o manuseio de objetos. A mão humana é um órgão dos sentidos que identifica objetos tamanhos, formas, texturas e consistência dos objetos*” (Feijó & Santos, 2020, p.4).

Equilíbrio Estático / Equilíbrio dinâmico

Rocha et al., (2020) no seu artigo referente à narrativa de um estudo de caso, mencionam que dentro dos distintos défices decorrentes do AVC, e sendo a fraqueza muscular a sequela mais comum, a perda de controlo da mobilidade do tronco evidencia-se como uma das perturbações mais importantes, na medida que interfere nas atividades funcionais, assim como no autocuidado. O mesmo artigo adita ainda que:

“(...) para melhorar a capacidade de equilíbrio, a pessoa tem que aumentar a estabilidade do tronco. Esta é necessária para manter o equilíbrio da coluna vertebral e da pélvis quando estão numa posição funcional e força muscular para ajustar os movimentos e equilíbrio musculares.”

Rocha et al., (2020, p.6)

De acordo com diferentes estudos, apura-se que a alteração do Equilíbrio na Pessoa com AVC é um fator que compromete a recuperação da capacidade funcional para realizar as atividades de vida, tal como erguer-se, sentar-se, virar-se, transferir-se, andar culminando consequentemente

num risco aumentado de queda (Louie *et al.*, 2019; Rocha *et al.*, 2020; Santana *et al.*, 2020; Teasell *et al.*, 2020)

O estudo de Santana *et al.* (2020) refere ainda que na pessoa com hemiparesia, pode ocorrer alterações no equilíbrio dinâmico e estático intimamente relacionado com o déficit propriocetivo, controlo do tronco e força muscular, uma vez que ocorre uma transferência do centro de gravidade, transferindo o peso corporal para o hemicorpo sã e aumentando consideravelmente o risco de cair.

Sendo a pessoa um idoso, e uma vez que as manifestações do compromisso do equilíbrio nesta faixa etária têm grande impacto, podendo levar à diminuição da autonomia social, diminuição da capacidade para as atividades de vida diária e ao decréscimo do exercício da cidadania ativa, estes são critérios cruciais para a necessidade emergente da intervenção especializada do EEER, sustentado no seu corpo de conhecimento e competências específicas (Regulamento nº 392/2019) e implementar programas de treino motor e treino de equilíbrio, dotando a Pessoa de *skills* que visem a sua funcionalidade, autonomia e maximização da independência. (Garcia *et al.*, 2021)

Sensações somáticas

No que diz respeito aos domínios relativos às funções sensoriomotoras, Santos *et al.*, (2021) considera que estas devem ser tidas em consideração no plano terapêutico de reabilitação da pessoa com disfunções subsequentes a AVC, com o objetivo de recuperar as funções sensoriomotoras e visando a melhoria da qualidade de vida, assim como a autonomia na execução das atividades de vida diária.

No seu artigo, a par da literatura atual, alude para a importância de desenvolvimento de métodos e/ou programas de facilitação neuromuscular propriocetiva como estratégia de reeducação sensoriomotora com base no conjunto de atividades comumente desenvolvidas no dia a dia da Pessoa, favorecendo um estímulo à neuroplasticidade (Fagundes *et al.*, 2015; Silveira *et al.*, 2017; Santos *et al.*, 2021; Silva & Ramos, 2022).

Evidencia-se assim a importância do recurso à *National Institute of Health Stroke Scale* (NIHSS) como instrumento de apoio à tomada de decisão, uma vez que se trata de uma escala padrão, de uso sistemático, simples, de rápida aplicação, fiável, segura e validada, usada para mensurar a magnitude da disfunção neurológica após o AVC (Oliveira *et al.*, 2020).

O score obtido aquando da sua avaliação (subdivididos em três subgrupos: NIHSS entre 0-5 pontos, NIHSS entre 6 e 13 pontos e NIHSS superior a 14 pontos) é considerado um preditor da gravidade inicial do déficit neurológico assim como preditor de prognóstico aquando da alta clínica hospitalar e até aos 3 meses pós-AVC, com maior expressividade nas Pessoas que foram submetidas a terapia farmacológica através de trombólise, tal como a pessoa-alvo do presente estudo (Santos & Anjos, 2021).

Mastigação / Deglutição

Deglutir segundo a CIPE® (2018) refere-se à “*passagem dos líquidos e dos alimentos*

fragmentados, pelo movimento da língua e dos músculos, da boca para o estômago através da orofaringe e esófago”, sendo assim um processo fisiológico dividido em quatro fases: fase oral preparatória, fase oral, fase faríngea e fase esofágica.

O compromisso da deglutição pode ser decorrente de vários fatores, todavia, sendo a causa uma disfunção neurológica esse compromisso designa-se de disfagia neurogénica.

No AVC, a mastigação (inerente à fase oral preparatória e fase oral) e a deglutição comprometida podem resultar em aspiração de conteúdo alimentar e ingestão oral diminuída, que poderá conduzir a complicações potencialmente fatais, tais como a pneumonia, desidratação, défice calórico/proteico e desnutrição, aumentando inclusive a necessidade de internamento hospitalar ou institucionalização prolongada (Teasell *et al.*, 2020; Araújo *et al.*, 2021; Sá *et al.*, 2023)

Para o rastreio do compromisso da deglutição recomenda-se a utilização da *Gugging Swallowing Screen* (GUSS) – versão portuguesa. O GUSS determina a gravidade do compromisso e o risco de aspiração em pessoas com AVC agudo. Em comparação com outros instrumentos, a sequência do teste GUSS é única: a avaliação começa com a deglutição de saliva seguida pela deglutição de texturas semissólidas, líquidas e sólidas. A avaliação é baseada num sistema de pontos. No total, quatro níveis de gravidade podem ser determinados:

- 0-9 Pontos: disfagia grave e alto risco de aspiração;
- 10-14 Pontos: disfagia moderada e risco moderado de aspiração;
- 15-19 Pontos: disfagia leve com risco de aspiração leve;
- 20 pontos: capacidade normal de deglutição.

Para cada nível de gravidade, são fornecidas diferentes recomendações de dieta (Oliveira *et al.*, 2021).

Emoção

São diversas as repercussões clínicas decursivas de um AVC, caracterizando-a como uma doença incapacitante. Entre as distintas consequências, são encontradas alterações em funções sensitivas, motora, cognitiva, perceptiva, comunicativa, emocional e social que afeta inevitavelmente a funcionalidade quer no autocuidado, quer na interação social e lazer.

No estudo de caso em apreço, torna-se relevante revisitar a fisiopatologia do AVC, uma vez que tal como descreve Leão e & Zanini (2019), a lesão no hemisfério direito pode ocasionar alteração visuoespacial, heminegligência, alteração da imagem corporal, apraxia de vestuário, apraxia de construção, ilusões de abreviamento de tempo e baixa organização e desempenho culminando em dificuldade na execução de tarefas visuais; alterações emocionais, sobretudo em indivíduos cujo compromisso tenha ocorrido em território da artéria cerebral média direita.

Assim, auscultando a literatura atual sobre o domínio Emoção na condição de AVC, Conceição *et al.*, (2022) desenvolveram um estudo sobre a qualidade de vida e sintomatologia psicossomática da Pessoa acometida com AVC, referindo que:

“O AVC é considerado um episódio inesperado e estressante, uma vez que ameaça o senso de controlo pessoal exigindo dos doentes um grande esforço adaptativo, que é desenvolvido a partir da ativação de recursos emocionais e

cognitivos que melhor se ajustem às limitações estabelecidas pela doença, dificultando a recuperação quando existe sintomas psicopatológicos. Neste sentido, alguns autores, consideram que um défice neurológico grave predispõe os indivíduos a sintomas psicopatológicos que por sua vez afetam a qualidade de vida.”

Conceição et al., (2022, p.24)

Por sua vez, os estudos de Graber et al., (2019), Ogwumike et al., (2021) e Almeida et al., (2022) apontam que um sintoma comum após o AVC é a fadiga, onde os relatos das pessoas descrevem-na como experiência subjetiva de uma constante sensação de cansaço e exaustão, por uma persistente falta de energia e problemas de sono subsequente ao stress e esforço gerado para se adaptar à sua nova condição de saúde, gerando alterações quer de carácter físico quer de carácter mental.

Conceição et al., (2022) corrobora com o anteriormente descrito mencionando que, com *“frequência surge sintomatologia depressiva e ansiosa após a ocorrência de AVC sendo ambos fatores que se encontram relacionados com a diminuição da qualidade de vida. Cerca de um terço da população que sofreu um AVC desenvolve sintomas depressivos”* (p.4). O mesmo artigo acresce ainda que *“estes dados podem ser explicados, pelo facto de as sequelas de AVC afetarem ou inviabilizarem o retorno total ao trabalho e às atividades sociais, justificando os valores baixos no domínio Papel Social, Trabalho e Energia* (p.27).”

Assim, conhecendo a especificidade do exercício profissional do EEER facilmente se percebe que os pressupostos do referencial teórico de Afaf Meleis, sustentam a tomada de decisão assim como estão integrados na prática, uma vez que o EEER deve dar particular atenção aos domínios e condições facilitadoras e/ou dificultadoras da pessoa e/ou família em relação à sua nova condição de saúde física, mental, social com o intuito de incrementar a consciencialização da situação de transição e a mudança imposta pela mesma.

Experienciar uma transição de saúde-doença, como o AVC, leva à necessidade de responder às mudanças para se adaptar à nova situação, implica novas competências, adquiridas através de novos conhecimentos e capacidades, essenciais ao ajustamento à situação.

Autocuidados

O Regulamento das competências específicas do EEER (nº392/2019) no seu preâmbulo refere que a ER enquanto especialidade multidisciplinar compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permitem ajudar a pessoa (em contexto de doença aguda, crónicas ou com as suas sequelas) a maximizar o seu potencial funcional e independência, visando a melhoria da função, promoção da independência e a máxima satisfação da pessoa, preservando a autoestima. (p.13565).

Assim sendo, o autocuidado destaca-se como um domínio central dos cuidados especializados em ER. Santos, et al. (2021) nesta linha de pensamento mencionam que *“como exemplo de ganhos de saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem temos os ganhos em independência no autocuidado e os ganhos em aprendizagem de capacidades para o autocuidado.”*

Empoderar a pessoa acometida de AVC para o autocuidado visa essencialmente a sua auto capacitação e a melhoria da qualidade de vida associada à saúde. Desta forma, o EEER destaca-se pelo seu papel no plano terapêutico após o AVC, através do ensino, instrução e treino de estratégias adaptativas para a concretização do autocuidado promovendo a capacidade, o conhecimento, a aprendizagem e o treino que se refletem em ganhos de independência ou mitigação das alterações de funcionalidade (Santos *et al.* 2021; Petronilho *et al.*, 2021).

O recurso a instrumentos de medida, torna-se fundamental para a tomada de decisão e para delinear programas de reabilitação. No estudo de caso em questão, destaca-se o recurso ao Índice de *Barthel* e à Medida Independência Funcional (MIF) como instrumentos de avaliação das atividades de vida diária.

No contexto clínico, o Índice de *Barthel* é frequentemente utilizado, fornece informação importante não só a partir da pontuação total, mas também a partir das pontuações parciais para cada uma das dez atividades avaliadas. Através desta escala é possível avaliar os ganhos em independência funcional da pessoa em diferentes momentos de avaliação. É considerado que pontuação inferior a 20 pontos tem uma dependência total; de 20 a 35 pontos, dependência grave; de 36 a 59 pontos, dependência moderada, de 60 a 99 pontos, dependência ligeira; e 100 pontos corresponde a independência (OE, 2016).

No que se refere à MIF, é um instrumento de medida que permite apurar o grau de capacidade/incapacidade funcional de adultos e idosos avaliando o desempenho da pessoa e a necessidade de cuidados exigida para a realização de uma série de tarefas motoras e cognitivas de vida diária. No total dos dezoito itens avaliados podem ser identificadas duas subescalas, a relacionada com o domínio motor que agrega treze itens e o domínio cognitivo que agrega cinco itens referentes à comunicação e cognição social. (OE, 2016)

4.6. Conceção de Cuidados

Consciência

04-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Consciente.

04-01-2024 11:00 - Escola de Coma de Glasgow- Score 15 pontos Abertura ocular- 4 (espontânea); Resposta verbal- 5 (orientada); Resposta motora- 6 (obedece a comandos);

04-01-2024 11:00 - Determinar evolução da consciência

04-01-2024 11:00 - Avaliar evolução da consciência

11-01-2024 11:00 - Abertura dos olhos: espontânea.

11-01-2024 11:00 - Resposta verbal: orientada.

11-01-2024 11:00 - Resposta motora: obedece a ordens simples.

11-01-2024 11:00

11-01-2024 11:00 - Consciente.

Força muscular

04-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Força - contração muscular

04-01-2024 11:00 - Braço Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência.

04-01-2024 11:00 - Braço Direita(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

04-01-2024 11:00 - Face Esquerda(o): desvio da comissura labial com apagamento do sulco naso labial.

04-01-2024 11:00 - Face Direita(o): mobilidade da face simétrica e sem alterações.

04-01-2024 11:00 - Pálpebra Esquerda(o): sem ptose.

04-01-2024 11:00 - Pálpebra Direita(o): sem ptose.

04-01-2024 11:00 - Membro superior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência.

04-01-2024 11:00 - Membro superior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

04-01-2024 11:00 - Membro inferior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

04-01-2024 11:00 - Membro inferior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

04-01-2024 11:00 - Segundo avaliação feita com escala Medical Research Council Muscle Membro superior direito (segmento proximal/medial/ distal) - score 5. Membro superior esquerdo (segmento proximal) - score 4. Membro superior esquerdo (segmento medial/distal) - score 3. Membro inferior direito (segmento proximal/medial/ distal) - score 5. Membro inferior esquerdo (segmento proximal/medial/ distal) - score 5.

04-01-2024 11:00 - Escala de House Brackmann- grau 2 (disfunção leve)- paresia ligeira só detectável com inspeção cuidadosa. Fecha o olho completamente com mínimo esforço. Assimetria só no sorriso forçado. Sem complicações.

04-01-2024 11:00 - Paresia

04-01-2024 11:00 - Determinar evolução da força muscular

04-01-2024 11:00 - Avaliar evolução da força - contração muscular (Pálpebra Esquerda(o), Face Esquerda(o), Membro superior Esquerda(o))

11-01-2024 11:00 - Força - contração muscular

11-01-2024 11:00 - Membro superior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência [MANTEVE].

11-01-2024 11:00 - Membro superior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência [MELHOROU].

11-01-2024 11:00 - Membro inferior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência [MANTEVE].

11-01-2024 11:00 - Membro inferior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência [MANTEVE].

11-01-2024 11:00 - Face Direita(o): mobilidade da face simétrica e sem

alterações [MANTEVE].

11-01-2024 11:00 - Face Esquerda(o): desvio da comissura labial sem apagamento do sulco naso labial [MELHOROU].

11-01-2024 11:00 - Pálpebra Direita(o): sem ptose [MANTEVE].

11-01-2024 11:00 - Pálpebra Esquerda(o): sem ptose [MANTEVE].

04-01-2024 11:00 - *Ensinar sobre auto massagem dos músculos da face.*

04-01-2024 11:00 - Melhorar força muscular

04-01-2024 11:00 - Determinar a evolução da paresia facial.

04-01-2024 11:00 - Determinar a evolução da força nas diversas estruturas da face esquerda.

04-01-2024 11:00 - Melhorar o movimento da face.

04-01-2024 11:00 - Determinar a evolução da simetria da face.

04-01-2024 11:00 - *Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-resistido (Membro superior Esquerda(o))*

04-01-2024 11:00 - *Executar técnica de mobilização dos músculos da face (exercícios passivos).*

04-01-2024 11:00 - *Executar técnica de mobilização dos músculos da face (exercícios ativos assistidos).*

04-01-2024 11:00 - *Analisar com a pessoa a relação entre os exercícios e a mobilidade da face.*

04-01-2024 11:00 - *Ensinar sobre auto massagem dos músculos da face.*

04-01-2024 11:00 - *Instruir sobre auto massagem dos músculos da face.*

04-01-2024 11:00 - *Treinar sobre auto massagem dos músculos da face.*

04-01-2024 11:00 - *Executar técnica de mobilização dos músculos da face (exercícios ativos resistidos).*

04-01-2024 11:00 - *Executar técnicas de estimulação (tátil e térmica).*

04-01-2024 11:00 - *Executar massagem dos músculos da face.*

04-01-2024 11:00 - *Ensinar sobre exercícios musculares da face.*

04-01-2024 11:00 - *Instruir sobre exercícios musculares da face.*

04-01-2024 11:00 - *Treinar sobre exercícios musculares da face.*

04-01-2024 11:00 - Promover adesão: regime de exercícios músculo-articulares

04-01-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

04-01-2024 11:00 - Capacidade para executar exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

04-01-2024 11:00 - Autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

04-01-2024 11:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular [RESOLVIDO]

11-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular (Pálpebra Esquerda(o), Face Esquerda(o), Membro superior Esquerda(o)) [FIM] 11-01-2024 11:00

11-01-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular: facilitadora [MELHOROU].

04-01-2024 11:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [FIM] 11-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Analisar com o cliente a relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular [FIM] 11-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Potencial para melhorar capacidade para executar exercícios músculo-articulares

04-01-2024 11:00 - Avaliar evolução da capacidade para executar exercícios músculo-articulares (Pálpebra Esquerda(o), Face Esquerda(o), Membro superior Esquerda(o))

11-01-2024 11:00 - Capacidade para executar exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

04-01-2024 11:00 - Instruir exercícios músculo-articulares (Braço Esquerda(o), Pálpebra Esquerda(o), Face Esquerda(o), Membro superior Esquerda(o))

04-01-2024 11:00 - Treinar exercícios músculo-articulares (Pálpebra Esquerda(o), Face Esquerda(o), Membro superior Esquerda(o))

04-01-2024 11:00 - Instruir exercícios isométricos (Membro superior Esquerda(o))

04-01-2024 11:00 - Treinar exercícios isométricos (Membro superior Esquerda(o))

04-01-2024 11:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares

04-01-2024 11:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares (Membro superior Esquerda(o))

11-01-2024 11:00 - Autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

04-01-2024 11:00 - Treinar exercícios músculo-articulares (Membro superior Esquerda(o))

04-01-2024 11:00 - Treinar exercícios isométricos (Membro superior Esquerda(o))

04-01-2024 11:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados

04-01-2024 11:00 - Elogiar o desempenho do cliente

04-01-2024 11:00 - Avaliar evolução da adesão aos exercícios músculo-articulares

11-01-2024 11:00 - Realiza os exercícios músculo-articulares de acordo com a recomendação.

11-01-2024 11:00 - Refere satisfação com a autogestão dos exercícios músculo-articulares.

04-01-2024 11:00 - Potencial para melhorar o conhecimento sobre

exercícios musculares.

04-01-2024 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre exercícios musculares da face.

04-01-2024 11:00 - Instruir exercícios musculares da face.

04-01-2024 11:00 - Treinar exercícios musculares da face.

04-01-2024 11:00 - Potencial para melhorar a capacidade para executar exercícios musculares da face.

04-01-2024 11:00 - Avaliar a evolução da capacidade para executar exercícios musculares da face.

04-01-2024 11:00 - Instruir exercícios musculares da face,

04-01-2024 11:00 - Treinar exercícios musculares da face.

11-01-2024 11:00

11-01-2024 11:00 - Segundo avaliação feita com escala Medical Research Council Muscle Membro superior direito (segmento proximal/medial/ distal) - score 5. Membro superior esquerdo (segmento proximal) - score 5. Membro superior esquerdo (segmento medial/distal) - score 4. Membro inferior direito (segmento proximal/medial/ distal) - score 5. Membro inferior esquerdo (segmento proximal/medial/ distal) - score 5.

Movimento articular

04-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Articulação

04-01-2024 11:00 - Antebraço Direita(o): Supinação.

04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Antebraço Direita(o): Pronação.

04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Abdução.

04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Adução.

04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Flexão.

04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Extensão.

04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Rotação interna.

04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Rotação externa.

04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Articulação do cotovelo Direita(o): Flexão.

04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Articulação do cotovelo Direita(o): Extensão.

04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Articulação do cotovelo Esquerda(o): Flexão.

04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Articulação do cotovelo Esquerda(o): Extensão.

04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Antebraço Esquerda(o): Supinação.
04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Articulação do joelho Direita(o): Flexão.
04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Articulação do joelho Direita(o): Extensão.
04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Articulação do joelho Esquerda(o): Flexão.
04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Articulação do joelho Esquerda(o): Extensão.
04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Flexão.
04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Extensão.
04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Eversão.
04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Inversão.
04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Flexão.
04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Extensão.
04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Antebraço Esquerda(o): Pronação.
04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Eversão.
04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Inversão.
04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Dedos da mão Direita(o): Flexão.
04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Dedos da mão Direita(o): Extensão.
04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Dedos da mão Direita(o): Circundação do polegar.
04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Dedos da mão Direita(o): Oponência do polegar.
04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Flexão.
04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Extensão.
04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Circundação do polegar.
04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Oponência do polegar.
04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Articulação da anca Direita(o): Abdução.

04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Ombro Direita(o): Abdução.

04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Ombro Direita(o): Adução.

04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Ombro Direita(o): Flexão.

04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Ombro Direita(o): Extensão.

04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Ombro Direita(o): Rotação interna.

04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Ombro Direita(o): Rotação externa.

04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Ombro Esquerda(o): Abdução.

04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Ombro Esquerda(o): Adução.

04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Ombro Esquerda(o): Flexão.

04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Ombro Esquerda(o): Extensão.

04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Articulação da anca Direita(o): Adução.

04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Ombro Esquerda(o): Rotação interna.

04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Ombro Esquerda(o): Rotação externa.

04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Punho Direita(o): Flexão.

04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Punho Direita(o): Extensão.

04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Punho Direita(o): Desvio cubital.

04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Punho Direita(o): Desvio radial.

04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Punho Esquerda(o): Flexão.

04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Punho Esquerda(o): Extensão.

04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Punho Esquerda(o): Desvio cubital.

04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Punho Esquerda(o): Desvio radial.

04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Articulação da anca Direita(o): Flexão.

04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Articulação da anca Direita(o): Extensão.

04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Articulação da anca Direita(o): Rotação interna.

04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Articulação da anca Direita(o): Rotação externa.

04-01-2024 11:00 - mobilidade articular total.

04-01-2024 11:00 - Promover adesão: regime de exercícios músculo-articulares

04-01-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e o movimento articular: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

04-01-2024 11:00 - Capacidade para executar exercícios músculo-articulares: facilitadora.

04-01-2024 11:00 - Autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

04-01-2024 11:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e o movimento articular

04-01-2024 11:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e o movimento articular

11-01-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e o movimento articular: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

04-01-2024 11:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização

04-01-2024 11:00 - Analisar com o cliente a relação entre os exercícios músculo-articulares e o movimento articular

04-01-2024 11:00 - Potencial para melhorar capacidade para executar exercícios músculo-articulares

04-01-2024 11:00 - Avaliar evolução da capacidade para executar exercícios músculo-articulares

04-01-2024 11:00 - Instruir exercícios músculo-articulares

04-01-2024 11:00 - Treinar exercícios músculo-articulares

04-01-2024 11:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares

04-01-2024 11:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares

04-01-2024 11:00 - Treinar exercícios músculo-articulares

04-01-2024 11:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados

04-01-2024 11:00 - Elogiar o desempenho do cliente

04-01-2024 11:00 - Avaliar evolução da adesão aos exercícios músculo-articulares

11-01-2024 11:00

11-01-2024 11:00 - Articulação

11-01-2024 11:00 - Antebraço Direita(o): Supinação.
11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
11-01-2024 11:00 - Antebraço Direita(o): Pronação.
11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
11-01-2024 11:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Abdução.
11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
11-01-2024 11:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Adução.
11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
11-01-2024 11:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Flexão.
11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
11-01-2024 11:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Extensão.
11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
11-01-2024 11:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Rotação interna.
11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
11-01-2024 11:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Rotação externa.
11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
11-01-2024 11:00 - Articulação do cotovelo Direita(o): Flexão.
11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
11-01-2024 11:00 - Articulação do cotovelo Direita(o): Extensão.
11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
11-01-2024 11:00 - Articulação do cotovelo Esquerda(o): Flexão.
11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
11-01-2024 11:00 - Articulação do cotovelo Esquerda(o): Extensão.
11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
11-01-2024 11:00 - Antebraço Esquerda(o): Supinação.
11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
11-01-2024 11:00 - Articulação do joelho Direita(o): Flexão.
11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
11-01-2024 11:00 - Articulação do joelho Direita(o): Extensão.
11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
11-01-2024 11:00 - Articulação do joelho Esquerda(o): Flexão.
11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
11-01-2024 11:00 - Articulação do joelho Esquerda(o): Extensão.
11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
11-01-2024 11:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Flexão.
11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
11-01-2024 11:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Extensão.
11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
11-01-2024 11:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Eversão.
11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
11-01-2024 11:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Inversão.
11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
11-01-2024 11:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Flexão.
11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

11-01-2024 11:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Extensão.
 11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
 11-01-2024 11:00 - Antebraço Esquerda(o): Pronação.
 11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
 11-01-2024 11:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Eversão.
 11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
 11-01-2024 11:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Inversão.
 11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
 11-01-2024 11:00 - Dedos da mão Direita(o): Flexão.
 11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
 11-01-2024 11:00 - Dedos da mão Direita(o): Extensão.
 11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
 11-01-2024 11:00 - Dedos da mão Direita(o): Circundação do polegar.
 11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
 11-01-2024 11:00 - Dedos da mão Direita(o): Oponência do polegar.
 11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
 11-01-2024 11:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Flexão.
 11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
 11-01-2024 11:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Extensão.
 11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
 11-01-2024 11:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Circundação do polegar.
 11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
 11-01-2024 11:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Oponência do polegar.
 11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
 11-01-2024 11:00 - Articulação da anca Direita(o): Abdução.
 11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
 11-01-2024 11:00 - Ombro Direita(o): Abdução.
 11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
 11-01-2024 11:00 - Ombro Direita(o): Adução.
 11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
 11-01-2024 11:00 - Ombro Direita(o): Flexão.
 11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
 11-01-2024 11:00 - Ombro Direita(o): Extensão.
 11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
 11-01-2024 11:00 - Ombro Direita(o): Rotação interna.
 11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
 11-01-2024 11:00 - Ombro Direita(o): Rotação externa.
 11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
 11-01-2024 11:00 - Ombro Esquerda(o): Abdução.
 11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
 11-01-2024 11:00 - Ombro Esquerda(o): Adução.
 11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
 11-01-2024 11:00 - Ombro Esquerda(o): Flexão.
 11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

11-01-2024 11:00 - Ombro Esquerda(o): Extensão.
 11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
 11-01-2024 11:00 - Articulação da anca Direita(o): Adução.
 11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
 11-01-2024 11:00 - Ombro Esquerda(o): Rotação interna.
 11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
 11-01-2024 11:00 - Ombro Esquerda(o): Rotação externa.
 11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
 11-01-2024 11:00 - Punho Direita(o): Flexão.
 11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
 11-01-2024 11:00 - Punho Direita(o): Extensão.
 11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
 11-01-2024 11:00 - Punho Direita(o): Desvio cubital.
 11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
 11-01-2024 11:00 - Punho Direita(o): Desvio radial.
 11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
 11-01-2024 11:00 - Punho Esquerda(o): Flexão.
 11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
 11-01-2024 11:00 - Punho Esquerda(o): Extensão.
 11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
 11-01-2024 11:00 - Punho Esquerda(o): Desvio cubital.
 11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
 11-01-2024 11:00 - Punho Esquerda(o): Desvio radial.
 11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
 11-01-2024 11:00 - Articulação da anca Direita(o): Flexão.
 11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
 11-01-2024 11:00 - Articulação da anca Direita(o): Extensão.
 11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
 11-01-2024 11:00 - Articulação da anca Direita(o): Rotação interna.
 11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
 11-01-2024 11:00 - Articulação da anca Direita(o): Rotação externa.
 11-01-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

Tónus muscular

04-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Tónus

04-01-2024 11:00 - Membro superior Direita(o): movimento passivo sem resistência muscular.

04-01-2024 11:00 - Membro superior Esquerda(o): movimento passivo sem resistência muscular.

04-01-2024 11:00 - Membro inferior Direita(o): movimento passivo sem resistência muscular.

04-01-2024 11:00 - Membro inferior Esquerda(o): movimento passivo sem resistência muscular.

04-01-2024 11:00 - Pescoço: movimento passivo sem resistência muscular.

11-01-2024 11:00

11-01-2024 11:00 - Tônus

11-01-2024 11:00 - Membro superior Direita(o): movimento passivo sem resistência muscular [MANTEVE].

11-01-2024 11:00 - Membro superior Esquerda(o): movimento passivo sem resistência muscular [MANTEVE].

11-01-2024 11:00 - Membro inferior Direita(o): movimento passivo sem resistência muscular [MANTEVE].

11-01-2024 11:00 - Membro inferior Esquerda(o): movimento passivo sem resistência muscular [MANTEVE].

11-01-2024 11:00 - Pescoço: movimento passivo sem resistência muscular [MANTEVE].

Função motora fina

04-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Destreza manual

04-01-2024 11:00 - Direita(o): Manipula objetos de pequenas dimensões sem dificuldade.

04-01-2024 11:00 - Esquerda(o): Manipula objetos de pequenas dimensões com dificuldade.

04-01-2024 11:00 - Função motora fina comprometida [RESOLVIDO] 11-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Determinar evolução da função motora fina [FIM]

11-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Avaliar evolução da função motora fina [FIM] 11-01-2024 11:00

11-01-2024 11:00 - Destreza manual

11-01-2024 11:00 - Direita(o): Manipula objetos de pequenas dimensões sem dificuldade [MANTEVE].

11-01-2024 11:00 - Esquerda(o): Manipula objetos de pequenas dimensões sem dificuldade [MELHOROU].

04-01-2024 11:00 - Promover adesão: treino da função motora fina [FIM]

11-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios e a função motora fina: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

04-01-2024 11:00 - Capacidade para executar exercícios da função motora fina: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

04-01-2024 11:00 - Significado atribuído ao treino da função motora fina: não dificultador.

04-01-2024 11:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios e a função motora fina [RESOLVIDO] 11-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre os exercícios e a função motora fina (Esquerda(o)) [FIM] 11-01-2024 11:00

11-01-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios e a função motora fina: facilitadora [MELHOROU].

04-01-2024 11:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da

consciencialização [FIM] 11-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Analisar com o cliente a relação entre os exercícios e a função motora fina (Esquerda(o)) [FIM] 11-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Potencial para melhorar capacidade para executar exercícios da função motora fina

04-01-2024 11:00 - Avaliar evolução da capacidade para executar exercícios da função motora fina (Esquerda(o)) [FIM] 11-01-2024 11:00

11-01-2024 11:00 - Capacidade para executar exercícios da função motora fina: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

04-01-2024 11:00 - Instruir exercícios da função motora fina (Esquerda(o)) [FIM] 11-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Treinar a função motora fina (Esquerda(o)) [FIM] 11-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Avaliar evolução da adesão ao treino da função motora fina [FIM] 11-01-2024 11:00

11-01-2024 11:00 - Realiza treino da função motora fina de acordo com a recomendação.

11-01-2024 11:00 - Refere satisfação com a autogestão do treino da função motora fina.

Equilíbrio estático

04-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Estabilidade postural sentado sem apoio.

04-01-2024 11:00 - Controlo postural em pé: Instabilidade postural sem apoio.

04-01-2024 11:00 - Índice de Tinetti Equilíbrio estático/ Cadeira: Equilíbrio sentado- 2 (estável, seguro). Levantar-se- 1 (capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou fazer excessiva flexão do tronco ou não consegue à 1ª tentativa). Equilíbrio imediato- 2 (estável sem qualquer tipo de ajudas) Equilíbrio em pé com os pés paralelos- 1 (estável). Pequenos desequilíbrios na mesma posição- 1 (vacilante, agarra-se, mas estabiliza). Fechar os olhos na mesma posição- 0 (instável). Volta de 360º - 1 (estável, mas dá passos descontinuados). Apoio unipodal- 1 (aguenta 5 segundos de forma estável). Sentar-se- 1 (usa os braços ou movimento não harmonioso). Total- 10 pontos

04-01-2024 11:00 - Escala de Equilíbrio de Berg Da posição de sentado para a posição de pé- 3 (consegue levantar-se de forma autónoma, recorrendo as mãos). Ficar em pé sem apoio- 3 (consegue manter-se em pé durante 2 minutos com supervisão). Sentar-se com as costas sem apoio mas com os pés apoiados no chão- 3 (mantêm-se sentado durante 2 minutos e com supervisão). Da posição de pé para a posição de sentado- 3 (ao sentar-se recorre às mãos). Transferência- 3 (consegue transferir-se em segurança necessitando de forma clara do apoio das mãos). Ficar em pé sem apoio e de olhos fechados- 3 (consegue manter-se em pé durante 10 segundos com supervisão). Manter-se em pé sem apoio e com os pés juntos- 3 (consegue manter os pés de forma autónoma mas não consegue manter a posição durante 30 segundos). Inclinar-se para a frente com o braço estendido para a frente ao mesmo tempo que se mantém em pé- 3 (consegue inclinar-se mais 12 cm para a frente em segurança). Apanhar um objeto do chão a partir da posição de pé- 2 (não consegue

apanhar mas chega a uma distância de 2-5 cm do sapato e mantém o equilíbrio de forma autónoma). Virar-se para olhar sobre os ombros direito e esquerdo na posição de pé- 3 (olha para trás apenas de um lado, revela menos capacidade de transferir o peso). Dar uma volta de 360º- 3 (consegue dar uma volta de 360º em segurança apenas para um lado em 4 segundos ou menos). Colocar alternadamente os pés num degrau enquanto se mantém em pé e sem apoio- 2 (consegue completar 4 degraus sem ajuda mas com supervisão). Ficar de pé sem apoio com um pé à frente- 3 (consegue colocar um pé à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos). Ficar em pé sobre uma perna- 2 (consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a igual ou superior a 3 segundos). Total- 39 pontos

04-01-2024 11:00 - Equilíbrio estático comprometido [RESOLVIDO] 11-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Determinar evolução do equilíbrio estático [FIM] 11-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Avaliar evolução do equilíbrio estático [FIM] 11-01-2024 11:00

11-01-2024 11:00 - Estabilidade postural sentado sem apoio [MANTEVE].

11-01-2024 11:00 - Controlo postural em pé: Estabilidade postural sem apoio [MELHOROU].

04-01-2024 11:00 - Melhorar equilíbrio estático [FIM] 11-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Executar técnica de treino do equilíbrio estático [FIM]

11-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Assistir no treino do equilíbrio [FIM] 11-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Prevenir queda [FIM] 11-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [FIM] 11-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Promover autogestão: prevenção de quedas [FIM]

11-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

04-01-2024 11:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda [RESOLVIDO] 11-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de queda [FIM] 11-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Ensinar sobre prevenção de quedas [FIM] 11-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de quedas [FIM] 11-01-2024 11:00

11-01-2024 11:00 - Adota comportamentos de prevenção de quedas.

11-01-2024 11:00 - Refere satisfação com os comportamentos de prevenção de quedas.

04-01-2024 11:00 - Promover adesão: treino do equilíbrio estático [FIM]

11-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

04-01-2024 11:00 - Capacidade para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

04-01-2024 11:00 - Autoeficácia para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

04-01-2024 11:00 - Significado atribuído ao treino do equilíbrio: não dificultador.

04-01-2024 11:00 - Potencial para melhorar capacidade para treinar o equilíbrio [RESOLVIDO] 11-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Avaliar evolução da capacidade para treinar o equilíbrio [FIM] 11-01-2024 11:00

11-01-2024 11:00 - Capacidade para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

04-01-2024 11:00 - Instruir o treino do equilíbrio estático [FIM] 11-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Treinar equilíbrio estático [FIM] 11-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para treinar o equilíbrio [RESOLVIDO] 11-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para treinar o equilíbrio [FIM] 11-01-2024 11:00

11-01-2024 11:00 - Autoeficácia para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

04-01-2024 11:00 - Treinar equilíbrio estático [FIM] 11-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados [FIM] 11-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Elogiar o desempenho do cliente [FIM] 11-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Avaliar evolução da adesão ao treino do equilíbrio estático [FIM] 11-01-2024 11:00

11-01-2024 11:00 - Realiza, por vezes, treino do equilíbrio estático de acordo com a recomendação.

11-01-2024 11:00 - Refere satisfação com a autogestão do treino do equilíbrio estático.

11-01-2024 11:00

11-01-2024 11:00 - Índice de Tinetti - Equilíbrio estático/ Cadeira: Equilíbrio sentado- 2 (estável, seguro). Levantar-se- 2 (capaz na primeira tentativa sem os braços). Equilíbrio imediato- 2 (estável sem qualquer tipo de ajudas). Equilíbrio em pé com os pés paralelos- 2 (pés próximos e sem ajudas). Pequenos desequilíbrios na mesma posição- 1 (vacilante, agarra-se, mas estabiliza). Fechar os olhos na mesma posição- 0 (instável). Volta de 360º - 1 (estável, mas dá passos descontínuos). Apoio unipodal- 1 (aguenta 5 segundos de forma estável). Sentar-se- 2 (seguro, movimento harmonioso). Total- 13 pontos

Equilíbrio dinâmico

04-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Controlo postural em movimento: Instabilidade ao rodar sobre si próprio.

04-01-2024 11:00 - Índice de Tinetti Equilíbrio dinâmico- Marcha Inicio da marcha- 1 (sem hesitação). Largura do passo (pé direito) - 1 (ultrapassa o pé esquerdo em apoio). Altura do passo (pé direito) - 1 (o pé direito eleva-se completamente do solo). Largura do passo (pé esquerdo) - 0 (não ultrapassa à frente do pé em apoio). Altura do passo (pé esquerdo) - 1 (o pé esquerdo eleva-se totalmente do solo). Simetria do passo- 0 (comprimento do passo aparentemente assimétrico). Continuidade do passo- 1 (passos contínuos). percurso de 3 m (previamente marcado) - 1 (desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha). Estabilidade do tronco- 1 (sem oscilação, mas com flexão dos joelhos ou coluna ou afasta os braços do tronco enquanto caminha). Base de sustentação durante a marcha- 1- (calcanhares próximos, quase se tocam). Total- 8 pontos

04-01-2024 11:00 - Timed Up and Go (TUG)- sem auxiliar de marcha/ cumpriu o teste em 23 segundos.

04-01-2024 11:00 - Equilíbrio dinâmico comprometido

04-01-2024 11:00 - Determinar evolução do equilíbrio dinâmico

04-01-2024 11:00 - Avaliar evolução do equilíbrio dinâmico

11-01-2024 11:00 - Controlo postural em movimento: Instabilidade ao rodar sobre si próprio [MANTEVE].

04-01-2024 11:00 - Melhorar equilíbrio dinâmico

04-01-2024 11:00 - Executar técnica de treino do equilíbrio dinâmico

04-01-2024 11:00 - Assistir no treino do equilíbrio

04-01-2024 11:00 - Prevenir queda

04-01-2024 11:00 - Adequar o vestuário para prevenir queda

04-01-2024 11:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda

04-01-2024 11:00 - Promover autogestão: prevenção de quedas

04-01-2024 11:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

04-01-2024 11:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda [RESOLVIDO] 11-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de queda [FIM] 11-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Ensinar sobre prevenção de quedas [FIM] 11-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de quedas

04-01-2024 11:00 - Promover adesão: treino do equilíbrio dinâmico

04-01-2024 11:00 - Capacidade para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

04-01-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

04-01-2024 11:00 - Autoeficácia para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

04-01-2024 11:00 - Significado atribuído ao treino do equilíbrio: não dificultador.

04-01-2024 11:00 - Potencial para melhorar capacidade para treinar o equilíbrio

04-01-2024 11:00 - Avaliar evolução da capacidade para treinar o equilíbrio

04-01-2024 11:00 - Instruir o treino do equilíbrio dinâmico

04-01-2024 11:00 - Treinar equilíbrio dinâmico

04-01-2024 11:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para treinar o equilíbrio

04-01-2024 11:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para treinar o equilíbrio

04-01-2024 11:00 - Treinar equilíbrio dinâmico

04-01-2024 11:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados

04-01-2024 11:00 - Elogiar o desempenho do cliente

04-01-2024 11:00 - Avaliar evolução da adesão ao treino do equilíbrio dinâmico

11-01-2024 11:00 - Realiza, por vezes, treino do equilíbrio dinâmico de acordo com a recomendação.

11-01-2024 11:00 - Refere satisfação com a autogestão do treino do equilíbrio dinâmico.

11-01-2024 11:00

11-01-2024 11:00 - Índice de Tinetti - Equilíbrio dinâmico- Marcha Inicio da marcha- 1 (sem hesitação). Largura do passo (pé direito) - 1 (ultrapassa o pé esquerdo em apoio). Altura do passo (pé direito) - 1 (o pé direito eleva-se completamente do solo). Largura do passo (pé esquerdo) - 1 (ultrapassa o pé direito em apoio). Altura do passo (pé esquerdo) - 1 (o pé esquerdo eleva-se totalmente do solo). Simetria do passo- 0 (comprimento do passo aparentemente assimétrico). Continuidade do passo- 1 (passos contínuos). Percurso de 3 m (previamente marcado) - 1 (desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha). Estabilidade do tronco- 2 (sem oscilação, sem flexão, não utiliza os braços, nem auxiliar de marcha). Base de sustentação durante a marcha- 1 (calcanhares próximos, quase se tocam). Total- 10 pontos

11-01-2024 11:00 - Escala de Equilíbrio de Berg Da posição de sentado para a posição de pé- 4 (consegue levantar-se sem usar as mãos e manter-se estável de forma autónoma). Ficar em pé sem apoio- 4 (consegue manter-se em pé em segurança durante 2 minutos). Sentar-se com as costas sem apoio, mas com os pés apoiados no chão- 4 (mantém-se sentado em segurança e de forma estável durante 2 minutos). Da posição de pé para a posição de sentado- 3 (ao sentar-se recorre às mãos). Transferência- 4 (consegue transferir-se em segurança recorrendo pouco as mãos). Ficar em pé sem apoio e de olhos fechados- 3 (consegue manter-se em pé durante 10 segundos com supervisão). Manter-se em pé sem apoio e com os pés juntos- 4 (consegue manter os pés juntos de forma autónoma, e manter-se em pé em segurança durante 1 minuto). Inclinar-se para a frente com o braço estendido para a frente ao mesmo tempo que se mantém em pé- 3 (consegue inclinar-se mais 12 cm para a frente em segurança). Apanhar um objeto do chão a partir da posição de pé- 3 (consegue apanhar o sapato, mas necessita de supervisão). Virar-se para olhar sobre os ombros direito e esquerdo na posição de pé- 3 (olha para trás apenas de um lado, revela menos capacidade de transferir o peso). Dar uma volta de 360º- 3 (consegue dar uma volta de 360º em segurança apenas para um lado em 4 segundos ou menos). Colocar alternadamente os pés num degrau enquanto se mantém em pé e sem apoio- 3 (consegue manter-se em pé de forma autónoma e completar 8 degraus igual ou superior 20 segundos). Ficar de pé sem apoio com um pé à frente- 3 (consegue colocar um pé à frente

do outro de forma autônoma e manter a posição durante 30 segundos). Ficar em pé sobre uma perna- 3 (consegue levantar uma perna de forma autônoma e manter a posição durante 5-10 segundos). Total- 47 pontos

Sensações somáticas

04-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Sem manifestação de prurido.

04-01-2024 11:00 - Sensibilidade superficial

04-01-2024 11:00 - Dermátomo sensitivo - C5

04-01-2024 11:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

04-01-2024 11:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

04-01-2024 11:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

04-01-2024 11:00 - Dermátomo sensitivo - C6

04-01-2024 11:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

04-01-2024 11:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

04-01-2024 11:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

04-01-2024 11:00 - Dermátomo sensitivo - L2

04-01-2024 11:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

04-01-2024 11:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

04-01-2024 11:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

04-01-2024 11:00 - Dermátomo sensitivo - L3

04-01-2024 11:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

04-01-2024 11:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

04-01-2024 11:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

04-01-2024 11:00 - Dermátomo sensitivo - L4

04-01-2024 11:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

04-01-2024 11:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

04-01-2024 11:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

04-01-2024 11:00 - Sensibilidade profunda

04-01-2024 11:00 - Membro inferior Esquerda(o)

04-01-2024 11:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

04-01-2024 11:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.

04-01-2024 11:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.

04-01-2024 11:00 - Membro inferior Direita(o)

04-01-2024 11:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

04-01-2024 11:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.

04-01-2024 11:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.

04-01-2024 11:00 - Membro superior Direita(o)

04-01-2024 11:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

04-01-2024 11:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.

04-01-2024 11:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.

04-01-2024 11:00 - Membro superior Esquerda(o)

04-01-2024 11:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

04-01-2024 11:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.

04-01-2024 11:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.

04-01-2024 11:00 - Mão Direita(o)

04-01-2024 11:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

04-01-2024 11:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.

04-01-2024 11:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.

04-01-2024 11:00 - Mão Esquerda(o)

04-01-2024 11:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

04-01-2024 11:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.

04-01-2024 11:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.

04-01-2024 11:00 - Pé Direita(o)

04-01-2024 11:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

04-01-2024 11:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.

04-01-2024 11:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.

04-01-2024 11:00 - Pé Esquerda(o)

04-01-2024 11:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

04-01-2024 11:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.

04-01-2024 11:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.

04-01-2024 11:00 - Sem manifestação de dor.

Percepção corporal

04-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Percepção do corpo

04-01-2024 11:00 - Direita(o): reconhece como seus o membro inferior e superior.

04-01-2024 11:00 - Esquerda(o): reconhece como seus o membro inferior e superior.

Reflexo corneano

04-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Integridade do reflexo corneano

04-01-2024 11:00 - Direita(o): sem compromisso.

04-01-2024 11:00 - Esquerda(o): sem compromisso.

Comunicação verbal

04-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Sem compromisso de expressão da mensagem.

04-01-2024 11:00 - Sem compromisso na compreensão da mensagem.

Sistema respiratório

04-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Frequência respiratória: 22 ciclos/min.

04-01-2024 11:00 - Ritmo respiratório regular.

04-01-2024 11:00 - Movimento respiratório simétrico.

04-01-2024 11:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

04-01-2024 11:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

04-01-2024 11:00 - Sem adejo nasal.

04-01-2024 11:00 - Saturação do oxigênio no sangue

04-01-2024 11:00 - Periférico(a): 97 %.

04-01-2024 11:00 - Coloração da mucosa: rosada.

04-01-2024 11:00 - Comunica falta de ar ao realizar atividades que exigem grande esforço físico.

04-01-2024 11:00 - Reflexo da tosse: presente.

04-01-2024 11:00 - Sons respiratórios: normais.

04-01-2024 11:00 - Auscultação pulmonar- murmúrio vesicular mantido em ambos os campos pulmonares

04-01-2024 11:00 - Escala de Borg- score 2

04-01-2024 11:00 - Determinar evolução da ventilação

04-01-2024 11:00 - Avaliar evolução da ventilação

11-01-2024 11:00 - Frequência respiratória: 18 ciclos/min.

11-01-2024 11:00 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

11-01-2024 11:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

11-01-2024 11:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].

11-01-2024 11:00 - Saturação do oxigênio no sangue

11-01-2024 11:00 - Periférico(a): 98 %.

11-01-2024 11:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].

11-01-2024 11:00 - Coloração da mucosa: rosada.

11-01-2024 11:00

11-01-2024 11:00 - Frequência respiratória: 19 ciclos/min.

11-01-2024 11:00 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

11-01-2024 11:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

11-01-2024 11:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].

11-01-2024 11:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].

11-01-2024 11:00 - Sem adejo nasal.

11-01-2024 11:00 - Saturação do oxigênio no sangue

11-01-2024 11:00 - Periférico(a): 98 %.

11-01-2024 11:00 - Coloração da mucosa: rosada.

11-01-2024 11:00 - Não comunica falta de ar [MELHOROU].

Sistema cardiovascular

04-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Localização do Pulso

04-01-2024 11:00 - Punho Direita(o)

04-01-2024 11:00 - Frequência do pulso: 78 pulsações por minuto.

04-01-2024 11:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

04-01-2024 11:00 - Pulso rítmico.

04-01-2024 11:00 - Pulso simétrico.

04-01-2024 11:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

04-01-2024 11:00 - Membro superior Direita(o)

04-01-2024 11:00 - Pressão sanguínea sistólica: 108 mmHg.

04-01-2024 11:00 - Pressão sanguínea diastólica: 54 mmHg.

04-01-2024 11:00 - Temperatura das extremidades

04-01-2024 11:00 - Membro inferior Direita(o): Temperatura das extremidades normal.

04-01-2024 11:00 - Membro inferior Esquerda(o): Temperatura das extremidades normal.

04-01-2024 11:00 - Membro superior Direita(o): Temperatura das extremidades normal.

04-01-2024 11:00 - Membro superior Esquerda(o): Temperatura das extremidades normal.

04-01-2024 11:00 - Coloração das extremidades

04-01-2024 11:00 - Membro inferior Direita(o): Coloração normal das extremidades.

04-01-2024 11:00 - Membro inferior Esquerda(o): Coloração normal das extremidades.

04-01-2024 11:00 - Membro superior Direita(o): Coloração normal das extremidades.

04-01-2024 11:00 - Membro superior Esquerda(o): Coloração normal das extremidades.

04-01-2024 11:00 - Tempo de preenchimento capilar: 1 segundos.

04-01-2024 11:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

04-01-2024 11:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

11-01-2024 11:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

11-01-2024 11:00 - Membro superior Direita(o)

11-01-2024 11:00 - Pressão sanguínea sistólica: 104 mmHg.

11-01-2024 11:00 - Pressão sanguínea diastólica: 56 mmHg.

04-01-2024 11:00 - Referenciar hipertensão ao médico

04-01-2024 11:00 - Promover autogestão: pressão sanguínea

04-01-2024 11:00 - Conhecimento sobre hipertensão: facilitador.

04-01-2024 11:00 - Conhecimento sobre complicações da hipertensão: facilitador.

04-01-2024 11:00 - Capacidade para vigiar pressão sanguínea: facilitadora.

04-01-2024 11:00 - Significado atribuído à hipertensão: não dificultador.

04-01-2024 11:00 - Promover autogestão: regime medicamentoso

04-01-2024 11:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: facilitador.

04-01-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea: facilitadora.

04-01-2024 11:00 - Promover autogestão: regime dietético

04-01-2024 11:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: facilitador.

04-01-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

04-01-2024 11:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético

04-01-2024 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime dietético

11-01-2024 11:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: facilitador [MANTEVE].

04-01-2024 11:00 - Ensinar sobre autogestão do regime dietético

04-01-2024 11:00 - Ensinar sobre regime dietético

04-01-2024 11:00 - Ensinar sobre abuso do álcool

04-01-2024 11:00 - Ensinar sobre abuso de cafeína

04-01-2024 11:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea [RESOLVIDO] 11-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea [FIM] 11-01-2024 11:00

11-01-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea: facilitadora [MELHOROU].

04-01-2024 11:00 - Analisar com o cliente a relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea [FIM] 11-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime dietético

11-01-2024 11:00 - Adota comportamentos de autogestão do regime dietético.

11-01-2024 11:00 - Refere satisfação com a autogestão do regime dietético.

11-01-2024 11:00

11-01-2024 11:00 - Localização do Pulso

11-01-2024 11:00 - Punho Direita(o)

11-01-2024 11:00 - Frequência do pulso: 82 pulsações por minuto.

11-01-2024 11:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

11-01-2024 11:00 - Pulso rítmico.

11-01-2024 11:00 - Pulso simétrico.

11-01-2024 11:00 - Temperatura das extremidades

11-01-2024 11:00 - Membro superior Direita(o): Temperatura das extremidades normal [MANTEVE].

11-01-2024 11:00 - Membro superior Esquerda(o): Temperatura das extremidades normal [MANTEVE].

11-01-2024 11:00 - Membro inferior Direita(o): Temperatura das extremidades normal [MANTEVE].

11-01-2024 11:00 - Membro superior Esquerda(o): Temperatura das extremidades normal [MANTEVE].

11-01-2024 11:00 - Coloração das extremidades

11-01-2024 11:00 - Membro superior Direita(o): Coloração normal das extremidades [MANTEVE].

11-01-2024 11:00 - Membro superior Esquerda(o): Coloração normal das extremidades [MANTEVE].

11-01-2024 11:00 - Membro inferior Direita(o): Coloração normal das extremidades [MANTEVE].

11-01-2024 11:00 - Membro inferior Esquerda(o): Coloração normal das extremidades [MANTEVE].

11-01-2024 11:00 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

11-01-2024 11:00 - Determinar evolução do ritmo cardíaco

11-01-2024 11:00 - Avaliar evolução de sinais de arritmia

11-01-2024 11:00 - Determinar evolução da perfusão dos tecidos periféricos

11-01-2024 11:00 - Avaliar evolução da perfusão dos tecidos periféricos

Mastigação

04-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Movimentos do ciclo mastigatório normais.

04-01-2024 11:00 - Simetria do ciclo mastigatório

04-01-2024 11:00 - Direita(o): Ciclo mastigatório simétrico.

04-01-2024 11:00 - Esquerda(o): Ciclo mastigatório simétrico.

04-01-2024 11:00 - Duração do ciclo mastigatório: normal (face à consistência dos alimentos) .

Deglutição

04-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Sem indícios de compromisso da deglutição.

Emoção

04-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Sem indícios de humor depressivo.

04-01-2024 11:00 - Sem indícios de euforia.

04-01-2024 11:00 - Não verbaliza ansiedade.

04-01-2024 11:00 - Sem manifestação de inquietação.

04-01-2024 11:00 - Sem manifestação de irritabilidade.

04-01-2024 11:00 - Sem manifestação de pânico .

11-01-2024 11:00

11-01-2024 11:00 - Sem indícios de humor depressivo [MANTEVE].

11-01-2024 11:00 - Sem indícios de euforia [MANTEVE].

11-01-2024 11:00 - Não verbaliza ansiedade [MANTEVE].

11-01-2024 11:00 - Sem manifestação de inquietação [MANTEVE].

11-01-2024 11:00 - Sem manifestação de irritabilidade [MANTEVE].

11-01-2024 11:00 - Sem manifestação de pânico [MANTEVE].

Erguer-se

04-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Capaz de mobilizar o corpo para a posição vertical

04-01-2024 11:00 - Levanta o corpo para a posição de pé em segurança.

Sentar-se

04-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de deitado para a posição de sentado

04-01-2024 11:00 - modifica de forma pronta e segura a posição do corpo.

04-01-2024 11:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de pé para a posição de sentado

04-01-2024 11:00 - baixa de forma pronta e segura a posição do corpo.

Vestir-se ou despir-se

04-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Escolhe as roupas.

04-01-2024 11:00 - Retira roupa da gaveta ou armário.

04-01-2024 11:00 - Capaz de vestir-se

04-01-2024 11:00 - Veste todas as peças de roupa.

04-01-2024 11:00 - Capaz de abotoar-se

04-01-2024 11:00 - Abotoa.

04-01-2024 11:00 - Capaz de atar cordões

04-01-2024 11:00 - Ata cordões.

04-01-2024 11:00 - Capaz de calçar meias

04-01-2024 11:00 - Não calça as meias.

04-01-2024 11:00 - Vestir-se ou despir-se comprometido

04-01-2024 11:00 - Determinar evolução do vestir-se ou despir-se

04-01-2024 11:00 - Avaliar evolução do vestir-se ou despir-se

11-01-2024 11:00 - Escolhe as roupas [MANTEVE].

11-01-2024 11:00 - Retira roupa da gaveta ou armário [MANTEVE].
11-01-2024 11:00 - Capaz de vestir-se
11-01-2024 11:00 - Veste todas as peças de roupa [MANTEVE].
11-01-2024 11:00 - Capaz de abotoar-se
11-01-2024 11:00 - Abotoa [MANTEVE].
11-01-2024 11:00 - Capaz de atar cordões
11-01-2024 11:00 - Ata cordões [MANTEVE].
11-01-2024 11:00 - Capaz de calçar meias
11-01-2024 11:00 - Dispositivo: Calça/tira meias - Calça as meias.

04-01-2024 11:00 - Assegurar atividades do vestir-se ou despir-se

04-01-2024 11:00 - Assistir no vestir-se ou despir-se usando dispositivo

04-01-2024 11:00 - Promover autonomia para vestir-se ou despir-se

04-01-2024 11:00 - Consciencialização sobre compromisso no vestir-se ou despir-se: facilitadora.

04-01-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para vestir-se ou despir-se

04-01-2024 11:00 - Dispositivo: Calça/tira meias - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

04-01-2024 11:00 - Capacidade para vestir-se ou despir-se

04-01-2024 11:00 - Dispositivo: Calça/tira meias - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

04-01-2024 11:00 - Autoeficácia para vestir-se ou despir-se

04-01-2024 11:00 - Dispositivo: Calça/tira meias - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

04-01-2024 11:00 - Significado atribuído ao uso de dispositivo para vestir-se ou despir-se

04-01-2024 11:00 - Dispositivo: Calça/tira meias - não dificultador.

04-01-2024 11:00 - Acesso a dispositivos face ao compromisso no vestir-se ou despir-se

04-01-2024 11:00 - Dispositivo: Calça/tira meias - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

04-01-2024 11:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para vestir-se ou despir-se

[RESOLVIDO] 11-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para vestir-se ou despir-se [FIM] 11-01-2024 11:00

11-01-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para vestir-se ou despir-se

11-01-2024 11:00 - Dispositivo: Calça/tira meias - facilitadora [MELHOROU].

04-01-2024 11:00 - Contratar com cliente experiência indutora da consciencialização [FIM] 11-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo

e a autonomia para vestir-se ou despir-se [FIM] 11-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Potencial para melhorar capacidade para vestir-se ou despir-se

04-01-2024 11:00 - Avaliar evolução da capacidade para vestir-se ou despir-se

11-01-2024 11:00 - Capacidade para vestir-se ou despir-se

11-01-2024 11:00 - Dispositivo: Calça/tira meias - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

04-01-2024 11:00 - Instruir a vestir-se ou despir-se

04-01-2024 11:00 - Treinar vestir-se ou despir-se

04-01-2024 11:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para vestir-se ou despir-se

04-01-2024 11:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para vestir-se ou despir-se

11-01-2024 11:00 - Autoeficácia para vestir-se ou despir-se

11-01-2024 11:00 - Dispositivo: Calça/tira meias - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

04-01-2024 11:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados

04-01-2024 11:00 - Elogiar o desempenho do cliente

11-01-2024 11:00

11-01-2024 11:00 - Capaz de vestir-se

11-01-2024 11:00 - Veste todas as peças de roupa [MANTEVE].

11-01-2024 11:00 - Capaz de abotoar-se

11-01-2024 11:00 - Abotoa [MANTEVE].

11-01-2024 11:00 - Capaz de atar cordões

11-01-2024 11:00 - Ata cordões [MANTEVE].

11-01-2024 11:00 - Capaz de calçar meias

11-01-2024 11:00 - Calça as meias [MELHOROU].

Andar

04-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Marcha assimétrica, com discreta lateralização do tronco para a esquerda Aplicada Escala de Holden- Categoria 4 (Marcha independente em superfície plana)- é capaz de andar de forma independente em superfícies planas, mas requer supervisão ou ajuda física para superar escadas, superfícies inclinadas ou terrenos não planos

04-01-2024 11:00 - Andar comprometido

04-01-2024 11:00 - Determinar evolução do andar

04-01-2024 11:00 - Avaliar evolução do andar

11-01-2024 11:00 - Capaz de mover-se através da marcha

11-01-2024 11:00 - marcha com limitações para subir ou descer escadas.

04-01-2024 11:00 - Prevenir queda

04-01-2024 11:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda

04-01-2024 11:00 - Promover autogestão: prevenção de quedas

04-01-2024 11:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

04-01-2024 11:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda [RESOLVIDO] 11-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de queda [FIM] 11-01-2024 11:00

11-01-2024 11:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: facilitador [MELHOROU].

04-01-2024 11:00 - Ensinar sobre prevenção de quedas [FIM] 11-01-2024 11:00

11-01-2024 11:00

11-01-2024 11:00 - Capaz de mover-se através da marcha

11-01-2024 11:00 - marcha com limitações para subir ou descer escadas.

11-01-2024 11:00 - Aplicada Escala de Holden- Categoria 4 (Marcha independente em superfície plana) - é capaz de andar de forma independente em superfícies planas, mas requer supervisão ou ajuda física para superar escadas, superfícies inclinadas ou terrenos não plano.

Alimentar-se

04-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Capaz de levar os alimentos à boca/sonda de alimentação

04-01-2024 11:00 - Leva os alimentos à boca / sonda de alimentação.

04-01-2024 11:00 - Capaz de preparar os alimentos para a refeição

04-01-2024 11:00 - Prepara os alimentos para a refeição.

04-01-2024 11:00 - Capaz de organizar os alimentos para a refeição

04-01-2024 11:00 - Organiza os alimentos para a refeição.

Autogestão do regime medicamentoso

04-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

04-01-2024 11:00 - Organiza a medicação conforme horário.

04-01-2024 11:00 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

04-01-2024 11:00 - Prepara a medicação conforme a dose.

04-01-2024 11:00 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

04-01-2024 11:00 - Administra a medicação pela via adequada.

04-01-2024 11:00 - Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância

04-01-2024 11:00 - Ajusta a medicação de acordo com autovigilância.

04-01-2024 11:00 - Capaz de armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas

04-01-2024 11:00 - Armazena a medicação de acordo com as recomendações.

Padrão de exercício

04-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Número de horas de atividade física por lazer: 5 horas.

11-01-2024 11:00

11-01-2024 11:00 - Número de horas de atividade física por lazer: 6 horas.

Comportamento de procura de saúde

04-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Seguido na consulta de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde

04-01-2024 11:00 - Promover adesão: estilos de vida saudáveis

04-01-2024 11:00 - Conhecimento sobre padrão alimentar saudável: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

04-01-2024 11:00 - Conhecimento sobre padrão de exercício saudável: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

04-01-2024 11:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre padrão alimentar saudável [RESOLVIDO] 11-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre padrão alimentar saudável [FIM] 11-01-2024 11:00

11-01-2024 11:00 - Conhecimento sobre padrão alimentar saudável: facilitador [MELHOROU].

04-01-2024 11:00 - Ensinar sobre padrão alimentar saudável [FIM] 11-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Ensinar sobre ingestão de líquidos [FIM] 11-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Ensinar sobre abuso do álcool [FIM] 11-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Ensinar sobre padrão alimentar saudável através de informoterapia [FIM] 11-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre padrão de exercício saudável [RESOLVIDO] 11-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre padrão de exercício saudável [FIM] 11-01-2024 11:00

11-01-2024 11:00 - Conhecimento sobre padrão de exercício saudável: facilitador [MELHOROU].

04-01-2024 11:00 - Ensinar sobre exercício físico [FIM] 11-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Ensinar sobre intensidade e duração do exercício físico [FIM] 11-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Ensinar sobre padrão de exercício saudável através de informoterapia [FIM] 11-01-2024 11:00

04-01-2024 11:00 - Avaliar evolução da adesão a estilos de vida saudáveis

11-01-2024 11:00 - Adota estilos de vida saudáveis.

11-01-2024 11:00 - Refere satisfação com os estilos de vida.

11-01-2024 11:00

11-01-2024 11:00 - Seguido na consulta de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde.

4.7. Especificação das intervenções

Ensinar sobre prevenção de quedas

- Usar roupas confortáveis, que não sejam largas nem muito compridas, para não arrastar no chão.

- Evitar usar meias sem sapatos.
- Evitar usar chinelos folgados.
- Usar sapatos confortáveis, idealmente sem atacadores e com velcro ou de meter o pé, e com sola rígida e antiderrapante.
- Subir e descer escadas apoiado no corrimão.
- Utilizar tapetes antiderrapantes.

Avaliar evolução da função motora fina

- Verificar evolução na motricidade fina.

Avaliar evolução da ventilação

- Inspeção torácica estática e dinâmica (ritmo respiratório / padrão respiratório / amplitude / simetria).
- Palpação da traqueia e do tórax (face anterior e face posterior - Manobra de Ruaut)
- Vibrações vocais ou Frémito Tóraco-vocal.
- Percussão torácica digito digital.
- Auscultação pulmonar simétrica e sistemática na face anterior e posterior do tórax

Avaliar evolução do equilíbrio estático

- Avaliar evolução do equilíbrio estático aplicando a Escala de Equilíbrio de Berg.
- Avaliar evolução do equilíbrio estático aplicando o Índice de Tinetti.

Avaliar evolução do equilíbrio dinâmico

- Avaliar evolução do equilíbrio estático aplicando a Escala de Equilíbrio de Berg.
- Avaliar evolução do equilíbrio estático aplicando o Índice de Tinetti.
- Avaliar Timed Up and Go.

Avaliar evolução do andar

- Avaliar teste Timed Up and Go.

Avaliar evolução do vestir-se ou despir-se

- Avaliar a evolução na capacidade da pessoa para vestir-se/despir-se.

Treinar exercícios músculo-articulares

- Dizer a pessoa para sentar-se numa cadeira e segurar num halter de 1KG com a mão esquerda.
- Incentivar a pessoa a mobilizar a articulação glenoumeral do membro superior esquerdo (realiza a abdução e adução , 1 série de 10 repetições).
- Incentivar a pessoa a mobilizar a articulação glenoumeral do membro superior esquerdo (realiza a extensão e flexão ate 120º, 1 série de 10 repetições).
- Incentivar a pessoa a mobilizar o cotovelo do membro superior esquerdo (realiza a extensão e flexão, 1 série de 10 repetições).
- Incentivar a pessoa a mobilizar o antebraço do membro superior esquerdo (realiza a pronação e supinação, 1 série de 10 repetições).
- Incentivar a pessoa a mobilizar o punho do membro superior esquerdo (realiza a extensão, flexão, desvio radial e desvio cubital, 1 séries de 10 repetições).

- Incentivar a pessoa com a mão livre, fazer a mobilização do 1º ao 4º dedos da mão esquerda (extensão, flexão, abdução, adução, 1 série de 10 repetições).
- Incentivar a pessoa com a mão livre, faz a mobilização isolada do polegar da mão esquerda (extensão, flexão, abdução, adução, oponência, 1 série de 10 repetições).
- Incentivar a pessoa a automobilizar o membro superior esquerdo (erguer os membros em extensão acima da cabeça, 1 série de 10 repetições).

Instruir o treino do equilíbrio estático

- Sentado na cadeira, efetuar exercícios de mobilização da articulação glenoumeral (flexão, extensão, abdução, adução) de um membro suspenso, 2 séries de 10 repetições.
- Pôr-se em pontas de pés sem apoio, 2 séries de 10 repetições.
- Em pé, apoiado sobre um pé efetuar movimentos com a perna que fica suspensa (flexão, hiperextensão, abdução e adução da articulação coxofemoral), 2 séries de 10 repetições.
- Em pé, efetuar flexão de um joelho até 90º, alternar os joelhos, 2 séries de 10 repetições.
- Sentado na cadeira, efetuar exercícios de mobilização da cabeça (flexão, rotação, lateralização e extensão), 2 séries de 10 repetições.
- Em pé, e sem apoio e de forma estática permanecer 20 segundos de olhos abertos e depois 20 segundos de olhos fechados, 1 série de 5 repetições.
- Pôr-se sobre os calcanhares, 2 séries de 10 repetições.
- Segurar bola com as mãos e elevar os MS's sobre a cabeça, 2 séries de 10 repetições.
- Pôr-se em pontas de pés com apoiado no espaldar, 2 séries de 10 repetições.
- Sentado na cadeira, efetuar flexão/extensão/abdução/adução da articulação coxofemoral e flexão e extensão do joelho de um membro inferior, 2 séries de 10 repetições.
- Em pé, provocar a oscilação latero-lateral do tronco, 2 séries de 10 repetições.
- Em pé, provocar a oscilação antero-posterior do tronco, 2 séries de 10 repetições.
- Em pé, efetuar exercícios muscularto-articulares dos membros superiores e inferiores (extensão, flexão, adução, abdução), 2 séries de 10 repetições.
- Em pé, efetuar exercícios de mobilização da cabeça (flexão, rotação, lateralização e extensão), 2 séries de 10 repetições.
- Sentado na cadeira, de olhos fechados efetuar exercícios de dedo-nariz com cada mão, 2 séries de 10 repetições.
- Sentado na cadeira atirar uma bola com uma mão ou para as duas mãos e recepcionar bola lançada com uma mão ou as duas mãos, 2 séries de 10 repetições.
- Em pé, colocar as mãos ao longo do corpo, elevar uma perna e cruzar a altura do joelho fazendo um "quatro" com as pernas, 2 séries de 10 repetições

Treinar equilíbrio estático

- O EEER incentiva a pessoa a sentado na cadeira, efetuar exercícios de mobilização da articulação glenoumeral (flexão, extensão, abdução, adução) de um membro suspenso, 2 séries de 10 repetições.
- O EEER incentiva a pôr-se em pontas de pés com apoiado no espaldar, 2 séries de 10 repetições.
- O EEER incentiva que em pé, apoiado sobre um pé efetue movimentos com a perna que fica suspensa (flexão, hiperextensão, abdução e adução da articulação coxofemoral), 2

séries de 10 repetições.

- O EEER incentiva que em pé, efetue flexão de um joelho até 90º, alternar os joelhos, 2 séries de 10 repetições.
- O EEER incentiva a que sentado na cadeira, efetue exercícios de mobilização da cabeça (flexão, rotação, lateralização e extensão), 2 séries de 10 repetições.
- O EEER incentiva que em pé, e sem apoio e de forma estática permaneça 20 segundos de olhos abertos e depois 20 segundos de olhos fechados, 1 série de 5 repetições.
- O EEER incentiva a pôr-se sobre os calcanhares, 2 séries de 10 repetições.
- O EEER incentiva a segurar a bola com as mãos e elevar os MS's sobre a cabeça, 2 séries de 10 repetições.
- O EEER incentiva a pôr-se em pontas de pés sem apoio, 2 séries de 10 repetições.
- Em pé, o EEER provoca a oscilação latero-lateral do tronco, 2 séries de 10 repetições.
- O EEER incentiva a que sentado na cadeira, efetue flexão/extensão/abdução/adução da articulação coxofemoral e flexão e extensão do joelho de um membro inferior, 2 séries de 10 repetições.
- Em pé, o EEER provoca a oscilação antero-posterior do tronco, 2 séries de 10 repetições.
- O EEER incentiva a que em pé, efetue exercícios muscularto-articulares dos membros superiores e inferiores (extensão, flexão, adução, abdução), 2 séries de 10 repetições.
- O EEER incentiva a que em pé, efetue exercícios de mobilização da cabeça (flexão, rotação, lateralização e extensão), 2 séries de 10 repetições.
- O EEER incentiva a que sentado na cadeira, de olhos fechados efetue exercícios de dedonariz com cada mão, 2 séries de 10 repetições.
- O EEER incentiva a que sentado na cadeira atire uma bola com uma mão ou para as duas mãos e recepcionar bola lançada com uma mão ou as duas mãos, 2 séries de 10 repetições.
- Em pé, o EEER incentiva a colocar as mãos ao longo do corpo, elevar uma perna e cruzar a altura do joelho fazendo um "quatro" com as pernas, 2 séries de 10 repetições
- O EEER incentiva a colocar as mãos ao longo do corpo, elevar uma perna e cruzar a altura do joelho fazendo um "quatro" com as pernas, 2 séries de 10 repetições.

Instruir o treino do equilíbrio dinâmico

- Subir e descer o step de frente, de costas e de lado, 2 séries de 10 repetições.
- Ficar em pé sobre a bola bosu e fazer oscilações laterais, 1 série de 10 repetições.
- Levantar-se e sentar-se na cadeira com apoio dos MS's, 2 séries de 10 repetições.
- Levantar-se e sentar-se na cadeira sem apoio dos MS's (braços cruzados ou ao peito), 2 séries de 10 repetições.
- Levantar um braço acima do nível da cabeça e fazer a flexão da articulação coxofemoral até 90º do membro ipsilateral, 2 séries de 10 repetições.
- Sentado na bola de pilates, efetuar exercícios de mobilização da cabeça (flexão, rotação, lateralização e extensão), 2 séries de 10 repetições.
- Levantar-se e sentar-se sem apoio na bola de pilates, 2 séries de 10 repetições.
- Sentado na bola de pilates, efetuar exercícios músculo-articulares dos membros superiores e inferiores (flexão, extensão, abdução, adução), 2 séries de 10 repetições.
- Sentado na bola de pilates, efetuar deslizamentos para a frente e para trás e para os

lados, 2 séries de 10 repetições.

- Sentado na bola de pilates elevar os dois MS's (braços) e um MI (perna), alternar o MI que eleva, 2 séries de 10 repetições.
- Sentado na bola de pilates colocar os pés em cima de uma outra bola (pode ser outra bola de pilates ou uma bola mais pequena) e rolar a bola para a frente e para trás, 2 séries de 10 repetições.
- Sentado na bola de pilates atirar uma bola com uma mão ou com as duas mãos e recepcionar a bola lançada com uma mão ou com as duas mãos, 2 séries de 10 repetições.
- Sentado na bola de pilates elevar uma bola presa entre os dois pés até ao nível dos joelhos, 2 séries de 10 repetições.
- Sentado na bola de pilates provocar uma oscilação antero-posterior e latero-lateral do tronco, 2 séries de 10 repetições.
- Sentado na cadeira, provocar oscilação antero-posterior do tronco, 2 séries de 10 repetições.
- Sentado na cadeira, provocar oscilação latero-lateral do tronco, 2 séries de 10 repetições.
- Andar e elevar a coxa até 90º a cada passo dado, 2 séries de 10 repetições.
- Sob a bola bosu fazer flexão do joelho a 90º e alternar com o outro joelho, 1 série de 10 repetições.
- Sob a bola bosu fazer agachamentos, 1 série de 10 repetições.
- Andar com bola nas mãos ou presa entre as mãos, 2 séries.
- Sob a bola bosu atirar uma bola com uma mão ou duas mãos e recepcionar bola lançada com uma mão ou duas mãos, 1 série de 10 repetições.
- Pista de obstáculos no chão para contorná-los e saltar/ passar por cima, 2 séries.
- Segurar uma bola com uma mão com o MS em extensão e efetuar passos laterais, 2 séries.
- Andar sobre os calcanhares, 2 séries.
- Andar em pontas dos pés, 2 séries.
- Andar de lado, 2 séries.
- Em pé, atirar uma bola com uma mão ou duas mãos e recepcionar bola lançada com uma mão ou duas mãos, 2 séries de 10 repetições.
- Efetuar mudanças de direção da marcha quando solicitado, 2 séries.
- Subir e descer escadas, 2 séries.
- Andar e elevar a coxa até 90º a cada passo dado, 2 séries de 10 repetições.
- Andar sobre uma linha reta, efetuando passadas em ziguezague, 2 séries.
- Andar de costas para trás, 2 séries.
- Andar sobre uma linha traçada no chão, pé ante pé, 2 séries.
- Sentado na cadeira, provocar oscilação latero-lateral do tronco, 2 séries de 10 repetições.
- Sob a bola bosu provocar desequilíbrios laterais, 1 série de 10 repetições.
- Sentado na cadeira, provocar oscilação antero-posterior do tronco, 2 séries de 10 repetições.

Treinar equilíbrio dinâmico

- O EEER incentiva a subir e descer o step de frente, de costas e de lado, 2 séries de 10

repetições.

- O EEER incentiva a sentado na bola de pilates, efetue exercícios músculo-articulares dos membros superiores e inferiores (flexão, extensão, abdução, adução), 2 séries de 10 repetições.
- Sentado na bola de pilates o EEER vai provocar uma oscilação antero-posterior e latero-lateral do tronco, 2 séries de 10 repetições.
- O EEER orienta que sentado na bola de pilates eleve uma bola presa entre os dois pés até ao nível dos joelhos, 2 séries de 10 repetições.
- O EEER orienta que sentado na bola de pilates atire uma bola com uma mão ou com as duas mãos e recepcionar bola lançada com uma mão ou com as duas mãos, 2 séries de 10 repetições.
- O EEER orienta que sentado na bola de pilates coloque os pés em cima de uma outra bola (pode ser outra bola de pilates ou uma bola mais pequena) e rolar a bola para a frente e para trás, 2 séries de 10 repetições.
- O EEER orienta que sentado na bola de pilates, efetue deslizamentos para a frente e para trás e para os lados, 2 séries de 10 repetições.
- O EEER incentiva a que sentado na bola de pilates eleve os dois MS's (braços) e um MI (perna), alternar o MI que eleva, 2 séries de 10 repetições.
- o EEER orienta a sob a bola bosu fazer flexão do joelho a 90º e alternar com o outro joelho, 1 série de 10 repetições.
- O EEER incentiva a levantar-se e sentar-se sem apoio na bola de pilates, 2 séries de 10 repetições.
- O EEER orienta para que sentado na bola de pilates, efetue exercícios de mobilização da cabeça (flexão, rotação, lateralização e extensão), 2 séries de 10 repetições.
- O EEER incentiva a levantar um braço acima do nível da cabeça e fazer a flexão da articulação coxofemoral até 90º do membro ipsilateral, 2 séries de 10 repetições.
- o EEER incentiva a levantar-se e sentar-se na cadeira sem apoio dos MS's (braços cruzados ou ao peito), 2 séries de 10 repetições.
- O EEER incentiva a levantar-se e sentar-se na cadeira com apoio dos MS's, 2 séries de 10 repetições.
- O EEER incentiva a andar e elevar a coxa até 90º a cada passo dado, 2 séries de 10 repetições.
- Sentado na cadeira, o EEER provoca oscilação latero-lateral do tronco, 2 séries de 10 repetições.
- O EEER orienta a ficar em pé sobre a bola bosu e fazer oscilações laterais, 1 série de 10 repetições.
- O EEER incentiva a efetuar mudanças de direção da marcha quando solicitado, 2 séries.
- O EEER orienta para em pé, atirar uma bola com uma mão ou duas mãos e recepcionar bola lançada com uma mão ou duas mãos, 2 séries de 10 repetições.
- Sob a bola bosu o EEER provoca desequilíbrios laterais, 1 série de 10 repetições.
- O EEER incentiva que sob a bola bosu atirar uma bola com uma mão ou duas mãos e recepcionar bola lançada com uma mão ou duas mãos, 1 série de 10 repetições.
- O EEER incentiva a fazer a pista de obstáculos no chão, para contorná-los e saltar/ passar por cima, 2 séries.

- O EEER incentiva a segurar uma bola com uma mão com o MS em extensão e efetuar passos laterais, 2 séries.
- O EEER incentiva a andar sobre os calcanhares, 2 séries.
- O EEER incentiva a andar em pontas dos pés, 2 séries.
- AO EEER incentiva a andar de lado, 2 séries.
- O EEER orienta, sob a bola bosu fazer agachamentos, 1 série de 10 repetições.
- O EEER incentiva a andar com bola/bola de pilatos nas mãos ou presa entre as mãos, 2 séries.
- o EEER incentiva a subir e descer escadas, 2 séries.
- o EEER incentiva a andar e elevar a coxa até 90º a cada passo dado, 2 séries de 10 repetições.
- o EEER incentiva a andar sobre uma linha reta, efetuando passadas em ziguezague, 2 séries.
- o EEER incentiva a andar de costas para trás, 2 séries.
- O EEER incentiva a andar sobre uma linha traçada no chão, pé ante pé, 2 séries.
- Sentado na cadeira, o EEER vai provocar oscilação antero-posterior do tronco, 2 séries de 10 repetições.

Treinar a função motora fina

- O EEER incentiva a fazer uma pinça juntando o polegar e o indicador e apanhar um objeto escolhido (grau de bico, feijão, moedas, grau de arroz) de cada vez, movendo-o para fora do recipiente, e depois voltar a coloca-los dentro do recipiente, 1 série de 10 repetições.
- O EEER incentiva a fazer uma pinça juntando o polegar e cada um dos restantes dedos e apanhar um objeto escolhido (grau de bico, feijão, moedas, grau de arroz) de cada vez, movendo-o para fora do recipiente, e depois voltar a coloca-los dentro do recipiente, 1 série de 10 repetições.
- O EEER incentiva a fazer uma pinça juntando o polegar e o indicador e agarrar uma mola presa numa superfície, abrindo-a e pousando-a noutra superfície, 1 série de 10 repetições.
- O EEER incentiva a fazer uma pinça juntando o polegar e os restantes dedos e agarrar uma mola presa numa superfície, abrindo-a e pousando-a noutra superfície, 1 série de 10 repetições.
- O EEER incentiva a fazer uma pinça juntando o polegar e o indicador e agarrar uma toalha enrugando-a, 1 série de 10 repetições.
- O EEER incentiva a fazer uma pinça juntando o polegar e os restantes dedos e agarrar uma toalha enrugando-a, 1 série de 10 repetições.

Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-resistido

- Incentivar a pessoa a mobilizar a articulação glenoumeral do membro superior esquerdo com a resistência de um halter de 1,5 Kg (realiza a abdução e adução, 1 série de 10 repetições).
- Incentivar a pessoa a mobilizar a articulação glenoumeral do membro superior esquerdo com a resistência de um halter de 1,5 Kg (realiza a extensão e flexão até 120º, 1 série de 10 repetições).
- Incentivar a pessoa a mobilizar o cotovelo do membro superior esquerdo com a

- resistência de um halter de 1,5 Kg (realiza a extensão e flexão, 1 série de 10 repetições).
- Incentivar a pessoa a mobilizar o antebraço do membro superior esquerdo com a resistência de um halter de 1,5 Kg (realiza a pronação e supinação, 1 série de 10 repetições).
 - Incentivar a pessoa a mobilizar o punho do membro superior esquerdo resistido pelo EEER (realiza a extensão, flexão, desvio radial e desvio cubital, 1 séries de 10 repetições).
 - Incentivar a pessoa a automobilizar o membro superior esquerdo com um halter maleável de 1,5 kg no punho esquerdo (erguer os membros em extensão acima da cabeça, 1 série de 10 repetições).

Treinar exercícios isométricos

- Sentado numa cadeira, segura um halter de 1 KG com a mão esquerda.
- Incentivar a pessoa a segurar no halter com a articulação glenoumeral em flexão a 90º , o antebraço em supinação e manter essa posição estática durante 10 segundos, 1 série de 2 repetições.
- Incentivar a pessoa a segurar no halter com a articulação glenoumeral em flexão a 90º , o antebraço em pronação e manter essa posição estática durante 10 segundos, 1 série de 2 repetições.
- Incentivar a pessoa a segurar no halter com a articulação glenoumeral em abdução , o antebraço em supinação e manter essa posição estática durante 10 segundos, 1 série de 2 repetições.
- Incentivar a pessoa a segurar no halter com a articulação glenoumeral em abdução , o antebraço em pronação e manter essa posição estática durante 10 segundos, 1 série de 2 repetições.
- Incentivar a pessoa a segurar no halter com a articulação glenoumeral em flexão a 0º , o cotovelo em flexão e o antebraço em supinação e manter essa posição estática durante 10 segundos, 1 série de 2 repetições.
- Incentivar a pessoa a segurar no halter com a articulação glenoumeral em flexão a 0º , o cotovelo em flexão e o antebraço em pronação e manter essa posição estática durante 10 segundos, 1 série de 2 repetições.
- Incentivar a pessoa a sentado numa cadeira, segurar uma bola terapêutica com as duas mãos e fazer preensão continua durante 10 segundos, 1 série de 2 repetições.
- Incentivar a pessoa a sentado numa cadeira, segurar uma banda elástica com as duas mãos, as articulações glenoumerais dos membros superiores em flexão a 90º , fazer o movimento de afastar as mãos e mantê-las afastadas durante 10 segundos, 1 série de 2 repetições.

Analisar com o cliente a relação entre os exercícios e a função motora fina

- Explicar a importância do treino de motricidade fina e seu contributo para a sua recuperação.

Avaliar evolução da capacidade para executar exercícios da função motora fina

- Demonstrar os exercícios para treino da motricidade fina ensinados.
- Treinar exercícios de motricidade fina ensinados.

Avaliar evolução da pressão sanguínea

- Avaliar evolução nos valores de pressão arterial.

Avaliar evolução da força - contração muscular

- Avaliar evolução da força muscular com recurso a Escala de força muscular- Medical Research Council Muscle Scale
- Efetuar a Prova dos braços estendidos (solicitar a pessoa para fletir os braços até 90º, antebraços em supinação, palmas das mãos voltadas para cima, fechar os olhos e manter assim por 10 segundos).
- Efetuar a Prova de Mingazzini (solicitar ao pessoa para fletir ancas e joelhos a 90º e manter essa posição por 5 segundos). Se existe alteração, um dos membros inferiores terá tendência a descair. O referido é indicativo de déficit motor,

Avaliar evolução da adesão aos exercícios músculo-articulares

- Avaliar a evolução da adesão da pessoa à realização dos exercícios músculo-articulares.

Instruir sobre auto massagem dos músculos da face.

1. Orientar para sentar-se numa cadeira a frente do espelho.
2. Massajar no sentido descendente da musculatura da face.
3. Massajar com um ou 2 dedos, com movimentos lentos e suaves.
4. Massajar os músculos da testa (frontal, prócero, corrugador do supercílio) utilizando o polegar e indicador, faz movimentos leves de baixo para cima e circulares no sentido lateral para frontal, logo acima dos olhos, 2 séries de 10 repetições.
5. Massajar os músculos (orbicular dos lábios), utilizando o polegar e o indicador fazendo preensão e movimentos circulares no sentido lateral para frontal, 2 séries de 10 repetições.
6. Massajar os músculos (lábio superior e orbicular dos lábios) colocando o polegar por dentro da boca elevando estes músculos e com o indicador e dedo médio fazer movimentos leves de fora para dentro, 2 séries de 10 repetições.
7. Massajar o músculo transverso do nariz, efetuando movimentos leves e finos de circundação do nariz, 2 séries de 10 repetições.
8. Massajar o músculo zigomático menor e zigomático maior, com o indicador e o dedo médio, efetuando movimentos leves e finos no sentido descendente da musculatura da face, 2 séries de 10 repetições. Pode também colocar o polegar na boca e massajar os mesmos músculos por dentro da boca fazendo movimentos circulares leves, 2 séries de 10 repetições.
9. Massajar o músculo risório, colocando o indicador no interior da boca e efetuar movimentos suaves do fundo para o canto da boca, 2 séries de 10 repetições.
10. Massajar os músculos depressor do ângulo dos lábios e depressor do lábio inferior, com o indicador, o dedo médio e o polegar, efetuar movimentos suaves no sentido do queixo em direção ao lábio, 2 séries de 10 repetições.
11. Massajar o músculo platisma, com a palma da mão efetuar movimentos lentos e suaves no sentido descendente, 2 séries de 10 repetições.
12. Massajar toda a face, com as palmas das mãos efetuar movimentos suaves, circulares e no sentido ascendente, desde o queixo até à região frontal.

Executar técnica de mobilização dos músculos da face (exercícios ativos resistidos).

- Solicitar à pessoa que enrugue a testa e assistir o movimento.
- Solicitar à pessoa que feche o olho e assistir o movimento na pálpebra superior e inferior
- Solicitar à pessoa que inspire abrindo a asa do nariz e acompanhar o movimento no momento da inspiração.
- Fixar o canto da boca do lado não afetado, solicitar à pessoa que sopre e acompanhar o movimento do lábio do lado afetado.

Executar técnicas de estimulação (tátil e térmica).

- Com os dedos efetuar movimentos rápidos de toque e retirada, tracionando a pele, em toda a hemiface afetada.
- Com uma espátula efetuar movimentos rápidos de toque e retirada, tracionando a pele, em toda a hemiface afetada.
- Com um cubo de gelo envolto por uma compressa, efetuar movimentos circulares de toque e retirada em toda a hemiface afetada.

Executar massagem dos músculos da face.

- 1. O EEER orientar para a pessoa sentar-se numa cadeira a frente do espelho.
- 2. O EEER massaja no sentido descendente da musculatura da face.
- 3. O EEER massaja com um ou 2 dedos, com movimentos lentos e suaves.
- 4. O EEER massaja os músculos da testa (frontal, prócero, corrugador do supercílio) utilizando o polegar e indicador, faz movimentos leves de baixo para cima e circulares no sentido lateral para frontal, logo acima dos olhos, 2 séries de 10 repetições.
- 5. O EEER massaja os músculos (orbicular dos lábios), utilizando o polegar e o indicador fazendo preensão e movimentos circulares no sentido lateral para frontal, 2 séries de 10 repetições.
- 6. O EEER massaja os músculos (lábio superior e orbicular dos lábios) colocando o polegar por dentro da boca elevando estes músculos e com o indicador e dedo médio fazer movimentos leves de fora para dentro, 2 séries de 10 repetições.
- 7. O EEER massaja o músculo transverso do nariz, efetuando movimentos leves e finos de circundação do nariz, 2 séries de 10 repetições.
- 8. O EEER massaja o músculo zigomático menor e zigomático maior, com o indicador e o dedo médio, efetuando movimentos leves e finos no sentido descendente da musculatura da face, 2 séries de 10 repetições. Pode também colocar o polegar na boca e massajar os mesmos músculos por dentro da boca fazendo movimentos circulares leves, 2 séries de 10 repetições.
- 9. O EEER massaja o músculo risório, colocando o indicador no interior da boca e efetuar movimentos suaves do fundo para o canto da boca, 2 séries de 10 repetições.
- 10. O EEER massaja os músculos depressor do ângulo dos lábios e depressor do lábio inferior, com o indicador, o dedo médio e o polegar, efetuar movimentos suaves no sentido do queixo em direção ao lábio, 2 séries de 10 repetições.
- 11. O EEER massaja o músculo platisma, com a palma da mão efetuar movimentos lentos e suaves no sentido descendente, 2 séries de 10 repetições.
- 12. O EEER massajartoda a face, com as palmas das mãos efetuar movimentos suaves,

circulares e no sentido ascendente, desde o queixo até à região frontal.

Instruir sobre exercícios musculares da face.

- Sentar-se numa cadeira a frente do espelho.
- Unir as sobrancelhas (principal objetivo reforçar o músculo supraciliar), 2 séries de 10 repetições.
- Enrugar a testa (pretende reforçar o músculo supraciliar), pede-se à pessoa para juntar as sobrancelhas na parte superior do nariz, enrugando a testa, 2 séries de 10 repetições.
- Elevar as sobrancelhas (principal objetivo reforçar o músculo frontal), 2 séries de 10 repetições.
- Fechar os olhos abruptamente (reforçar os músculos supraciliar e orbicular das pálpebras); pede-se à pessoa que tente fechar os olhos com muita força), 2 séries de 10 repetições.
- Sorrir (reforçar o músculo risório); pede-se à pessoa que tente sorrir sem mostrar os dentes, 2 séries de 10 repetições.
- Mostrar os dentes (reforça os músculos risório e o quadrado do mento); pede-se à pessoa para sorrir forçadamente mostrando os dentes, 2 séries de 10 repetições.
- Assobiar (reforça os músculos bucinador, orbicular dos lábios e quadrado do mento); pede-se à pessoa para assoprar um apito) 2 séries de 10 repetições.
- Encher a boca de ar (reforça os músculos bucinador, orbicular dos lábios e quadro do mento); pede-se à pessoa que dirija o ar para as bochechas, 2 séries de 10 repetições.
- Depressão do lábio inferior (reforça os músculos orbicular dos lábios e quadro do mento, pede-se à pessoa que tente puxar o lábio inferior para baixo) 2 séries de 10 repetições.

4.8. Síntese relativa ao caso

A conceção de cuidados deste cenário foi decursiva de uma anamnese e entrevista feita à pessoa, no primeiro contato com esta, e ocorreu na sua primeira consulta de enfermagem de reabilitação num serviço da comunidade.

Todo este processo foi sustentado na identificação sistematizada de dados relevantes, que nos permitiram identificar os diagnósticos, definir os objetivos, planear e implementar as intervenções e posteriormente, avaliar os resultados obtidos.

Neste sentido, foi elaborado um programa de reabilitação, sustentado num conjunto de intervenções, que posteriormente foram implementadas de forma progressiva tendo em atenção as capacidades de assimilação e retenção da pessoa, com o objetivo de capacitá-la e otimizar a recuperação funcional e motora, maximizar a sua funcionalidade, garantido mais autonomia e qualidade de vida.

Para a identificação de dados relevantes, fundamentais para esta conceção de cuidados

especializados em enfermagem de reabilitação, utilizamos como instrumentos de apoio à tomada de decisão a Escala de Equilíbrio de Berg, o Índice de Tinetti, o teste de Timed Up and Go, a Escala de Borg modificada, a Medical Research Council Muscle Scale, a Escala de Ashworth modificada, a Escala de House – Brackmann e a Escala de Holden.

Os domínios de enfermagem relacionados com o compromisso apresentado pela pessoa, centraram-se fundamentalmente nos processos corporais (como força muscular, equilíbrio estático, equilíbrio dinâmico, função motora fina, vestir-se ou despir-se), seguidos pelos processos intencionais (Comportamento de procura de saúde, Autogestão do regime medicamentoso) e pelos processos adaptativos (a aquisição de conhecimentos e capacidades e a autoeficácia).

Deste modo, e tendo em atenção os compromissos, alterações e limitações que a pessoa apresentava, e decorrente dos diagnósticos de enfermagem concebidos, implementaram-se intervenções de enfermagem de reabilitação específicas e direcionadas, com o intuito de promover a função motora e sensorial, melhorar o equilíbrio, com o propósito de reeducar estas mesmas funções.

De salientar que enquanto EEER e decorrente da nossa prática não descuramos os pressupostos inerentes ao referencial teórico de Meleis. Neste âmbito independentemente da transição vivenciada, neste caso concreto, uma transição saúde /doença, atendemos ao modo como a pessoa se posicionou em relação à sua nova condição de saúde física, a forma como se consciencializou acerca da situação e da mudança e impacto imposto pela mesma.

Nesse sentido, inicialmente, começamos pela consciencialização, para proporcionar e promover um processo de transição de forma sustentada e o mais saudável possível, sendo que a pessoa demonstrou ter perceção e consciência desta transição, mostrando-se empenhada e envolvida em todo este processo, questionando e procurando saber informação sobre a sua condição de saúde, o plano de reabilitação a executar e seus benefícios.

A nível das condições facilitadores de todo este processo, a pessoa mostrou que acredita que é possível recuperar e readquirir a sua autonomia, deposita muita confiança nos cuidados de saúde que recebe por parte dos EEER e equipa multidisciplinar, e sabe que na sua comunidade pode recorrer tanto às instituições de saúde, como às sociais, sempre que necessitar.

No fundo, esta pessoa, está motivada, envolvida e confiante em cumprir o plano de reabilitação na íntegra, e com a ajuda do EEER atingir a máxima capacitação, funcionalidade e autonomia, melhorando significativamente a sua qualidade de vida.

Decursivo do primeiro contato com a pessoa, observamos que esta apresentava compromisso à nível da força muscular do membro superior esquerdo com uma força muscular de grau 4 segundo a MRC, parésia facial à esquerda, compromisso da função motora fina tendo dificuldade em manipular objetos de pequenas dimensões com a mão esquerda, compromisso

do equilíbrio estático e dinâmico com score no Índice de Tinetti de 18 pontos (equilíbrio estático- 10 pontos; equilíbrio dinâmico- 8 pontos) e um score de 39 na Escala de equilíbrio de Berg.

Ao longo das poucas sessões de reabilitação (2 sessões após a primeira consulta de enfermagem de reabilitação), a pessoa foi muito participativa, teve sempre uma atitude assertiva e mostrou grande envolvimento, volição e empenho na execução do plano de reabilitação instituído. Apresentou melhoria em relação a função motora fina, já tinha mais destreza a manipular os objetos pequenos, apresentou melhoria tanto no equilíbrio estático como no dinâmico com scores no Índice de Tinetti de 23 pontos (equilíbrio estático- 13 pontos; equilíbrio dinâmico- 10 pontos) e um score de 47 na Escala de equilíbrio de Berg.

Está cumpriu com as orientações e ensinamentos efetuados, progredindo na conscientização da importância e necessidade de adesão a este plano de reabilitação e seus benefícios.

As suas expectativas eram as melhores, estava ciente que ainda tinha um longo caminho a percorrer, mas como referia “não se sente só, e pode contar sempre com a ajuda dos enfermeiros de reabilitação”, estando disposta a continuar a cumprir com o plano definido.

Pode afirmar-se de fato que esta pessoa demonstrou uma grande força de vontade e confiança na sua recuperação desde o primeiro contato, e asseguramos decerto que esta tem todo o potencial para continuar a evoluir favoravelmente na sua condição, maximizar a sua funcionalidade e melhorar a sua qualidade de vida.

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Sendo a Enfermagem conhecida como uma ciência que tem no seu cerne o cuidar da Pessoa em todos os seus domínios, esta, enquanto profissão reconhecida e valorizada, é parte integrante do sistema de saúde e engloba na sua prática a promoção da saúde, a prevenção das doenças e o cuidar das pessoas ao longo de todas as etapas do ciclo vital, nos mais diversos contextos de saúde ou ambientes, quer hospitalares quer comunitários.

O Enfermeiro é um profissional de saúde que para poder exercer e desempenhar todas as suas funções autonomamente, é reconhecido legalmente pela OE (Lei nº152/2015), e toda a sua atuação é orientada pelo REPE (OE, 2016), que lhe confere e reconhece a aquisição de todas as competências técnicas, científicas e humanas para poder atuar, desempenhar e desenvolver a prestação de cuidados de enfermagem, nos mais diversos contextos de atividade profissional.

De acordo com a OE (2016), o enfermeiro especialista é um enfermeiro habilitado com um curso de especialização ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, ao qual foi atribuído um título profissional, reconhecendo-lhe competências para promover e prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade, neste caso concreto em ER.

Assim, o enfermeiro especialista, é aquele a quem se reconhece competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem especializados, e que partilhe um conjunto de competências comuns, que envolvam as dimensões da educação, dos clientes e dos pares, e que leve a cabo investigação relevante e pertinente, que permita de forma continua melhorar a prática de enfermagem (Regulamento 140/2019, p, 4744).

Na mesma linha de pensamento, Pires (2005) adita que as competências decorrem da combinação de saberes de diferente natureza, que os sujeitos mobilizam na ação, através de um processo que é integrativo, e contextualizado. O mesmo autor refere ainda que são estas combinações complexas de atributos (conhecimentos, atitudes, valores, referidos por estratégias cognitivas, aspetos comportamentais) que são mobilizados para funcionar em situações particulares nas quais os sujeitos se situam.

De acordo com Leal et al. (2016), as competências profissionais, são o resultado de vastos conhecimentos que se refletem num conjunto de habilidades, que permitem aos profissionais, desenvolver o seu trabalho de forma eficaz e segura. O mesmo autor alude que, as

competências relacionadas com o cuidar em enfermagem, se traduzem numa maior qualidade dos cuidados e segurança para as pessoas.

Segundo Santos & Santos (2022), o que define uma pessoa no seu local de trabalho não é o seu conhecimento, mas sim a capacidade de usá-lo em prol dos outros e poder solucionar problemas, acrescentando ainda que ser competente significa ser capaz de agir e ter sucesso, implementando uma prática profissional relevante, e mobilizar uma combinação adequada de recursos, sejam eles conhecimentos, comportamentos ou formas de raciocínio.

Na perspectiva de Aued *et al.* (2021), a competência em enfermagem incide na integração de conhecimentos e atributos adquiridos e manifestados pelos enfermeiros, nomeadamente, valores, características pessoais, habilidades, atitudes profissionais e conhecimentos, que devem ser utilizados e canalizados para prestar cuidados seguros e eficazes à pessoa e seus familiares.

A reabilitação é uma especialidade multidisciplinar, que incorpora um vasto leque de conhecimentos e procedimentos específicos, e como tal, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, com base em problemas reais e potenciais, concebe, implementa e monitoriza planos de cuidados de enfermagem de reabilitação diferenciados, tendo em vista a maximização do potencial das pessoas (Regulamento 392/2019). A resposta aos problemas e às necessidades de cuidados dessas pessoas implica uma abordagem sistemática e intencional, só possível de ser devidamente concretizada após o desenvolvimento das competências comuns e específicas dos enfermeiros especialistas.

Sabe-se que a construção das competências é progressiva, e a experiência assume um papel determinante no processo de consolidação dos saberes, esta implica um processo dialético entre a ação, a reflexão e a sua conceptualização, num determinado contexto profissional. Como tal, o Regulamento nº 140/2019 (p.4745) define que as competências comuns:

“são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”

Neste sentido, o enfermeiro especialista é o profissional a quem se reconhece uma panóplia de competências técnicas, científicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem especializados nas diversas áreas de especialidade em enfermagem e supõe, que para além das competências enunciadas e específicas nas diferentes áreas de especialidade, que este partilhe um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde.

As designadas e consagradas competências envolvem as “*dimensões da educação das pessoas*

e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática de enfermagem" (Regulamento n.º 140/2019, p. 4744).

No âmbito das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista destacam-se quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019).

Deste modo, é da competência de todos os enfermeiros especialistas, enquanto agentes e vetores promotores da saúde e de cuidados de saúde diferenciados estarem atentos e despertos às necessidades, compromissos e respostas aos demais problemas, potenciais ou reais, de saúde, que afetam as pessoas na sua individualidade, mas também no seu seio familiar e/ou comunidade.

- **Responsabilidade profissional, ética e legal**

A competência em apreço assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências da pessoa (Regulamento 140/2019).

Neste sentido, segundo Deodato (2015), a deontologia de enfermagem é um conjunto de regras e princípios que assentam num agir por dever, dando à ação o seu valor moral, traduzindo-se como um importante e poderoso instrumento de fundamentação para o agir profissional do enfermeiro, permitindo a este orientar e fundamentar os seus atos e tomadas de decisão.

Sendo assim, esta é uma competência fundamental para todos os enfermeiros especialistas, pois o domínio da mesma garante que as pessoas recebem cuidados de excelência e assegura que os enfermeiros que prestam esses cuidados o fazem de forma consciente e que são responsáveis pelos seus atos. Desta forma, o enfermeiro especialista utiliza habilidades de tomada de decisão ética e deontológica e garante um exercício profissional ético e seguro.

Assim, e para que possa promover e assegurar cuidados de qualidade e com segurança, o EEER precisa e deve estar dotado de conhecimento acerca das normas e regulamentos que regem a profissão e também das consequências que advém da falta de responsabilidade e brio aquando das suas intervenções e atitudes para com os outros. É imperativo que enquanto profissional de saúde com ónus nas instituições de saúde e na sociedade, o EEER tenha presente os valores e princípios éticos, identificando e resolvendo dilemas éticos e eventuais conflitos que possam surgir ao longo da sua prática, garantindo a confidencialidade, a segurança e a privacidade das pessoas alvo dos seus cuidados.

Desta forma o EEER deve certificar-se que desenvolve uma prática profissional ética e legal, na

área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (OE, 2015).

O EEER tem o papel de cuidar das pessoas, ajudando-as ou substituindo-as quando necessitam, de modo que estas desenvolvam as suas potencialidades no sentido do seu autocuidado e autonomia, acompanhando os seus processos de mudança, transição e adaptação a uma nova realidade, assumindo sempre uma postura responsável, ética e preservando a dignidade humana

No decorrer da prática clínica nos diversos contextos inerentes ao Estágio de Natureza Profissional - Módulo II, o mestrando edificou a sua capacidade de tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas utilizando estratégias de resolução de problemas em parceria com as pessoas alvo e com os enfermeiros de referência, suportando a sua tomada de decisão no juízo clínico, baseado no conhecimento e na experiência já adquirida ao longo dos anos de exercício profissional, orientando a tomada de decisão na observância da deontologia profissional, promovendo sempre no seio da equipa de enfermagem uma prática crítico reflexiva como estratégia adjuvante da resolução de eventuais problemas éticos. Deste forma, foi possível desenvolver habilidades de liderança nos processos de tomada de decisão ética no âmbito dos cuidados especializados em ER, desempenhando um papel proativo e de consultor dos cuidados para com a restante equipa de enfermagem.

Relativamente ao garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, o mestrando zelou ao longo da sua prática clínica pelo respeito dos direitos humanos, na análise e interpretação das situações específicas de cuidados especializados em ER, gerindo-as sempre da melhor forma, promovendo a proteção dos direitos humanos e gerindo no seio da equipa de enfermagem práticas de cuidados alicerçados na segurança, privacidade e dignidade da pessoa. Nesse contexto, foi assegurado o respeito pelo direito no acesso à informação por parte da pessoa cuidada, fomentando e assegurando a confidencialidade da informação tanto oral como escrita adquirida, a sua privacidade e a sua escolha e autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados prestados, tendo em conta a legislação vigente em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde, plasmado na Lei nº15/2014 mais concretamente no artigo 5º referente aos dados pessoais e proteção da vida privada e no artigo 6º referente ao sigilo.

Destacamos que na prestação de cuidados especializados e na tomada de decisão foram sempre respeitados, os valores, os costumes, as crenças espirituais e respetiva cultura dos indivíduos, e adotou-se uma conduta antecipatória de forma a prevenir práticas de risco e garantir a segurança, a privacidade e a dignidade das pessoas doentes.

Referimos ainda, que para o desenvolvimento desta competência contribuiu também a frequência das aulas teóricas de Ética, as temáticas abordadas e as discussões em sala de aula sobre os problemas éticos em saúde e na enfermagem.

- **Melhoria contínua da qualidade**

O domínio da melhoria contínua da qualidade, de acordo com o Regulamento nº140/2019, reporta-se a um conjunto de competências relevantes para o enfermeiro especialista, dado que o mesmo adita aos enfermeiros a necessidade e capacidade de entender, perceber e consciencializar-se das suas limitações e de se autoavaliar, levando a que cada um busque e desenvolva conhecimentos suportados na evidência científica, e consequentemente, fomente a prática especializada na evidência e com impacto na melhoria dos cuidados prestados.

Este mesmo domínio garante ao enfermeiro especialista “um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” (Regulamento 140/2019). Evidencia-se assim a importância do enfermeiro especialista sustentar a sua prática em informação relevante, de forma a executar e garantir cuidados de enfermagem com a melhor qualidade e segurança possíveis, refletindo sobre a sua prática, sabendo que é imperial que a sua evolução e todo o seu processo de aprendizagem seja constante e contínuo.

Neste contexto, o EEER deve colaborar na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade, mobilizando os seus conhecimentos e habilidades, orientando projetos institucionais nesta vertente, de forma a garantir a melhoria contínua da qualidade, sendo que deve demonstrar que detém conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade, participa na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional, colabora na realização dos mesmos, promovendo a incorporação dos seus conhecimentos nesta área na prestação de cuidados especializados.

O mesmo deve desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua fazendo uso de indicadores e instrumentos adequados para a avaliação das práticas clínicas, identificando oportunidades de melhoria, elaborando guias orientadores de boas práticas, e fomentando a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade.

Importa também ressaltar que o EEER deve garantir um ambiente terapêutico e seguro, promovendo um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção, fazendo a gestão do ambiente e meio envolvente, centrado nas pessoas, como condição imprescindível para a efetividade terapêutica, prevenção de acidentes e promoção do seu bem-estar.

Assim, face ao exposto, importa referir que durante a prática clínica nos diversos contextos houve, por parte do mestrando, o interesse, a preocupação, o empenho e a colaboração no desenvolvimento e implementação de práticas de qualidade, suportadas em programas de melhoria contínua. O mestrando teve o cuidado em zelar sempre por um ambiente terapêutico e seguro para as pessoas, com o intuito de garantir e oferecer cuidados de saúde eficazes e

eficientes. A par do referido, o mestrando desenvolveu habilidades para fundamentar e sustentar a sua prática através do recurso ao processo de enfermagem, alicerçada nos referenciais teóricos, na evidência científica recente, nos instrumentos de avaliação recomendados, nos guias orientadores da OE e também nos anos de experiência dos enfermeiros de referência envolvidos no processo de desenvolvimento de competências.

- **Gestão de cuidados**

Este domínio engloba a gestão dos cuidados de enfermagem relativos a toda a equipa de enfermagem como também a sua articulação com a restante equipa de saúde com o objetivo de se otimizar a gestão de todos os recursos disponíveis, em prol da pessoa e da melhoria contínua da qualidade. O enfermeiro especialista deve ter a capacidade e sensibilidade de identificar complicações, comunicar de forma clara e eficaz os problemas por si identificados e transmitir quais os cuidados a prestar para resolver os problemas.

De acordo com o Regulamento nº 140/2019, o enfermeiro especialista realiza a gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.

Desta forma, para adquirir e desenvolver este domínio de gestão de cuidados, é crucial que o enfermeiro especialista adquira conhecimento e desenvolva competências na área da liderança, saiba mediar e resolver as mais diversas divergências com que se depare no seio da equipa, consiga e seja capaz de tomar decisões imparciais, com o intuito de garantir e assegurar a satisfação de todos que compõe a equipa de saúde e a excelência dos cuidados de saúde praticados.

Sendo assim, compete ao EEER gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e a articulação na equipa de saúde, aprimorando o processo de cuidados, colaborando nas decisões da equipa de saúde, melhorando a informação recolhida para a tomada de decisão clínica e, também, garantindo a segurança e a qualidade supervisionando as tarefas delegadas, orientando e avaliando a execução das mesmas.

Cabe ainda ao EEER adequar os recursos às necessidades de cuidados, adaptando a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados, implementando métodos de organização de trabalho adequados, aplicando a legislação e procedimentos de gestão de cuidados, coordenando a equipa de prestação de cuidados, e utilizando os recursos à sua disposição de forma eficiente para promover e garantir a qualidade dos cuidados prestados.

Deste modo, no decorrer das práticas clínicas, nos vários contextos, através da tomada de decisão fundamentada, baseada nos dados relevantes identificados, e na liderança, o

mestrando foi capaz de orientar, coordenar e supervisionar a equipa de cuidados de saúde, desenvolver planos de cuidados personalizados para cada pessoa e avaliar os resultados das suas intervenções.

O mesmo, procurou constantemente oportunidades de aprendizagem, prestando cuidados de ER às diversas pessoas, colaborando na gestão dos cuidados de enfermagem, na discussão dos planos de cuidados, refletindo sobre a adequação das suas intervenções, avaliação dos resultados e ganhos obtidos, sempre com base num pensamento reflexivo e crítico.

- **Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

A formação e o desenvolvimento profissional, surge como um pilar essencial e primordial para a constante e contínua melhoria da qualidade e desempenho profissional por conseguinte, dos cuidados prestados (OE, 2016).

De acordo com Branco *et al.* (2020), a prática baseada na evidência, tem por base o uso e explanação de forma criteriosa e metódica, da melhor evidência disponível, contribuindo para a tomada de decisão sobre os cuidados a prestar.

Relativamente ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, este assume e representa um papel fundamental em todo o processo de crescimento e maturação do enfermeiro, sendo sustentado pela constante aquisição e desenvolvimento de conhecimentos teóricos e técnicos de forma a garantir e prestar os melhores cuidados de saúde, sustentados numa prática competente e responsável.

O enfermeiro especialista desenvolve o autoconhecimento e a assertividade, que é um aspeto central na prática de enfermagem, visto que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais, relevando a relação com o outro tanto num contexto singular, profissional como organizacional (Regulamento nº 140/2019)

De igual modo, o enfermeiro especialista baseia a sua *praxis* clínica especializada em evidência científica, alicerçando os seus processos de tomada de decisão e demais intervenções em conhecimentos válidos, atuais e pertinentes, assumindo um papel ativo e facilitador nos processos de aprendizagem e no campo da investigação. Ao referido, acresce a preocupação em suportar a sua prática clínica na evidência científica mais recente, atuando como agente condutor de informação, assumindo um papel de dinamizador, identificando as necessidades formativas do serviço, atuando como formador, transmitindo conhecimentos atuais e válidos e contribuindo para o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros que integram a sua equipa.

Cabe também a este identificar áreas e temáticas pouco exploradas e fomentar a investigação nessas mesmas áreas, contribuindo para a elaboração de estudos de investigação, para a

divulgação dos resultados e impacto que estes terão na evolução e melhoria da prática nos diversos contextos, ajudando na obtenção de mais ganhos em saúde para as pessoas.

No decorrer das diversas práticas clínicas, e como forma de desenvolver e certificar a aquisição desta competência específica, foram cruciais todas as aprendizagens, documentação e suporte teórico facultadas e adquiridas no decorrer das aulas frequentadas e lecionadas pelo corpo docente da escola afeto a este curso de mestrado, como também todo o trabalho de pesquisa, análise, estudo e reflexão efetuados com o intuito de ultrapassar as dificuldades que surgiram ao longo deste processo formativo, sustentado em autoconhecimento que permitiu realizar uma prática clínica especializada, direcionada, eficaz e proficiente.

Com o intuito de desenvolver um processo de tomada de decisão sustentado, e de conceber e implementar planos de intervenções sólidos e seguros, o mestrando norteou a prática clínica recorrendo à mais recente evidência científica, a conhecimentos válidos, pertinentes e atuais, tendo sempre como objetivo garantir e oferecer o melhor cuidado às pessoas, às suas famílias/cuidadores.

Houve também todo o cuidado e interesse em desempenhar um papel proativo no diagnosticar de necessidades formativas das equipas dos diversos contextos de prática, de forma a proporcionar mais aprendizagens e desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros que as integravam.

Assim sendo, o mestrando salienta a importância da formação contínua, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados especializados prestados, como ferramenta de enriquecimento pessoal e profissional.

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

As competências específicas do EEER, decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, assim como são decursivas do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (Regulamento nº 392/ 2019).

Segundo o Regulamento das competências específicas do EEER, a reabilitação enquanto especialidade multidisciplinar, abrange um vasto leque de conhecimentos e procedimentos específicos que possibilitam dar resposta e ajudar todas aquelas pessoas que se encontrem em situações de saúde agudas, crónicas ou com as sequelas, a maximizar o seu potencial funcional e independência, tendo como objetivos gerais melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa (Regulamento nº 392/2019).

A Enfermagem de Reabilitação conceptualiza a pessoa com necessidades especiais ao longo do

seu ciclo vital, como alvo da sua intervenção, diagnosticando e intervindo precocemente, com o intuito de promover a sua qualidade de vida, maximizar a sua funcionalidade, promover e potenciar o seu autocuidado, e prevenir as complicações que daí advêm, evitando e minimizando as suas incapacidades.

Destarte, o Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem de Reabilitação faz uso de técnicas específicas de reabilitação, prescreve produtos de apoio, ajudas técnicas, dispositivos de compensação e também intervém na educação das pessoas (e família/cuidadores) em todas as fases do ciclo vital, nos diversos contextos de prática de cuidados, incluindo no regresso a casa, na sua reintegração na comunidade, promovendo a autonomia, a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.

Deste modo, o EEER concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa (Regulamento nº 392/2019, p 13565), obtendo ganhos em saúde, fruto da sua ação permanente na prevenção de incapacidades, na recuperação das aptidões que se encontram afetadas, habilitando-as para a obtenção de uma maior autonomia.

Cabe ao EEER promover o diagnóstico precoce e determinar ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais das pessoas, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida e autocuidados, e minorizar o impacto das incapacidades instaladas, fazendo uso de uma panóplia de técnicas e tecnologias específicas de reabilitação. Ao referido acresce ainda a intervenção na educação dos indivíduos, cuidadores e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados, na sua reintegração no seio familiar e comunidade, proporcionando-lhes qualidade de vida e dignidade.

Sendo este um relatório referente ao estágio de natureza profissional do Curso de MER, torna-se premente fazer alusão e descrever a forma como foram concretizadas e desenvolvidas pelo mestrando, nos diversos contextos da prática clínica, as competências específicas da área de enfermagem de reabilitação:

- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (Regulamento nº 392/2019).

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

O EEER 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. Concebe, implementa e avalia planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade (Regulamento nº 392 /2019, p.13566).

Deste modo é premente que o EEER proceda à avaliação da funcionalidade tanto a nível motor, como sensorial, cognitivo, cardíaco e respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade. Na sequência dessa avaliação recolhe informação pertinente e utiliza escalas e instrumentos de medida para avaliar as funções: cardíaca, respiratória, motora, sensorial e cognitiva, da alimentação, da eliminação vesical e intestinal e da sexualidade. Ao mencionado, acresce a avaliação da capacidade funcional da pessoa para realizar as atividades de vida diárias (AVD's) de forma independente, e a avaliação do impacto que a alteração da capacidade funcional tem na qualidade de vida e bem-estar da pessoa em todas as fases do ciclo vital, com ênfase na sua funcionalidade e autonomia (Regulamento nº 392/2019).

O EEER concebe ainda planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade, discutindo as práticas de risco com a pessoa, concebendo planos, selecionando e prescrevendo as intervenções para a redução do risco de alteração da funcionalidade a nível: motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, selecionando e prescrevendo as intervenções para otimizar e/ou reeducar a função, elaborando programas de reeducação funcional e, se necessário, prescrevendo produtos de apoio (Regulamento nº 392/2019).

Cabe ainda ao EEER implementar as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, através de planos de intervenção para a redução do risco de alterações aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade e de programas de reeducação funcional cardíaca; reeducação funcional respiratória; reeducação funcional motora, sensorial e cognitiva; otimização e/ou reeducação da sexualidade; reeducação da função de alimentação e de eliminação (vesical e intestinal) e ainda instrução e treino de técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do autocuidado e da continuidade de cuidados (Regulamento 392/2019).

Por fim, e não menos importante, avalia os resultados das intervenções implementadas, monitorizando os resultados dos programas implementados e identificando indicadores

sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação para avaliar ganhos em saúde, a nível pessoal, familiar e social (capacitação, autonomia, qualidade de vida).

Para desenvolver esta competência específica, o mestrando ao longo da prática clínica alusiva ao Módulo II, demonstrou rigor no cumprimento das etapas do processo de enfermagem, ou seja, na avaliação inicial, na identificação dos diagnósticos, no planeamento e implementação das intervenções de enfermagem e na reavaliação da pessoa após a implementação dessas intervenções.

Assumiu a avaliação inicial como uma etapa essencial para conhecer a pessoa, tendo por base a avaliação sistematizada, onde se incluiu, o exame físico e a avaliação da funcionalidade, através da observação física e utilização de instrumentos de avaliação, nomeadamente escalas : Escala de Berg, Índice de Tinetti, Escala de *Barthel*, Escala de *Morse*, *Time Up and Go*, Medida de independência funcional, *GUSS*, Escala de *Ashworth* modificada, teste de marcha de 6 minutos, Goniometria, Dinamometria, *Medical Research Council Muscle Scale*, Escala de *Borg* modificada (OE, 2016), de forma a obter informação mais completa e distinta sobre a situação clínica atual da pessoa. Este aspeto foi trabalhado e assimilado através da aplicação de instrumentos de avaliação, que permitiram a obtenção de dados relevantes, para à posteriori conceber e explanar a conceção de cuidados com a identificação dos domínios afetados, formulando diagnósticos de enfermagem, delineando e implementando intervenções direcionadas e personalizadas, e por fim, procedendo à avaliação dos resultados obtidos, extraindo indicadores satisfatórios, que permitam ver a evolução das pessoas alvo, a maximização das suas funcionalidades e a promoção da sua qualidade de vida.

No que concerne ao domínio desta competência em apreço, o mestrando ressalva também a necessidade e importância, de efetuar a avaliação da situação sociofamiliar das pessoas, quer ao nível do suporte familiar, condições e situação habitacional, de modo a identificar carências e posteriormente atuar nas barreiras e dificuldades com que estes se deparam no seu domicílio, e que de alguma forma poderiam comprometer o processo de reabilitação, a autonomia e independência, assim com a sua reintegração na comunidade. Este aspeto foi trabalhado com mais afinco no contexto da prática na comunidade, particularmente nas diversas visitas domiciliárias efetuadas.

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

De acordo com o Regulamento nº 392/2019, o EEER analisa a problemática da deficiência, limitação da atividade e da restrição da participação na sociedade atual, 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.

Deste modo cabe ao EEER elaborar e implementar programas de treino de AVD's que visem a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida de cada pessoa, de forma individual, ensinando e transmitindo à pessoa e/ou cuidador técnicas e tecnologias específicas de autocuidado, realizando treinos específicos de AVD's, utilizando ajudas técnicas e dispositivos de compensação, assim como treinos inerentes à atividade e exercício físico. Ao mencionado, acresce o ensino, a instrução e o treino para a utilização de produtos de apoio, tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa, assim como assegurando a promoção de ambientes seguros.

Inerente a esta competência, o EEER é igualmente um promotor da mobilidade, da acessibilidade e a participação social de cada pessoa, demonstrando conhecimentos sobre legislação e normas técnicas promotoras da integração e participação cívica, sensibilizando a comunidade para a importância de adoção de práticas inclusivas, apoiando a inclusão de pessoas com necessidades de saúde e educativas especiais, identificando barreiras arquitetónicas e orientando para a eliminação das mesmas no contexto de vida da pessoa. Ao referido acresce o respeito pelas questões ergonómicas, gerindo circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados a alterações da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório e de alimentação, e emitindo pareceres técnico científicos sobre estruturas e equipamentos sociais da comunidade, colaborando ainda na elaboração de protocolos entre os serviços de saúde e as diferentes organizações.

Esta é uma competência que se traduz nos cuidados prestados pelo EEER à pessoa com deficiência, com limitações e restrições da atividade na participação e exercício da sua cidadania, e para tal, é importante que sejam planeadas e estruturadas, estratégias, com a pessoa e sua família ou cuidador, de forma a que a mesma se torne cada vez mais autónoma e independente no seu dia-a-dia, que se reintegre e faça uso dos seus direitos enquanto cidadão e tenha uma participação ativa na sociedade e na comunidade local.

O EEER, tem de ser capaz, e estar apto para criar e desenvolver uma série de estratégias, nas quais, deve abarcar a educação para a saúde, o treino de força muscular, o treino de amplitude articular, o treino do equilíbrio, o treino de marcha, o treino de atividades de vida diária, nomeadamente, dos autocuidados, o treino de deglutição, o treino cardiorrespiratório, reeducação funcional, a adaptação e alteração no domicílio, ambiente e meio envolvente, as ajudas técnicas e equipamentos de apoio (onde e como adquirir e como utilizar e manusear) tendo como foco e objetivo facultar à pessoa o máximo de ferramentas e mecanismos necessários para se tornar o mais independente e funcional possível.

Portanto, esta competência foi desenvolvida no decorrer do estágio, nos diferentes contextos da prática clínica, durante a prestação de cuidados às várias pessoas com quem o mestrando entrevistou. Foi explorada e concretizada através da implementação de programas de treino de AVD, quando estas apresentavam limitações e impedimentos em realizar os seus autocuidados.

Foi um processo assente numa constante planificação e recorrentes avaliações de forma a adequar sempre as respetivas intervenções, com a finalidade de avaliar os ganhos em saúde, assegurar e confirmar a capacitação das pessoas.

O mestrando assegurou aquando da prática clínica o planeamento e implementação de programas de treino direcionados, tendo como finalidade o aumento da força muscular, a melhoria do padrão ventilatório, a aquisição e melhoria do equilíbrio e da marcha, aumento da resistência ao exercício, técnicas de gestão e conservação de energia.

Face ao défice de conhecimento, teve a oportunidade de ensinar as pessoas, familiares e cuidadores sobre os diversos produtos e equipamentos de apoio e ajudas técnicas existentes no mercado, indo de encontro também às suas capacidades económicas. Facultou-se informação pertinente acerca dos mesmos, onde os adquirir, apoios existentes na comunidade para ajudar na sua aquisição, seu funcionamento, cuidados no seu manuseio, manutenção e técnicas corretas de utilização.

O decorrer da componente de estágio inerente ao Módulo II permitiu ao mestrando desenvolver habilidade na identificação de algumas barreiras arquitetónicas no acesso aos domicílios, dando sugestões de mudança tanto a nível estrutural como organizacional, verificando e constatando, porém, que em algumas situações a falta de condições de segurança nos pavimentos de acesso aos domicílios, mais concretamente no contexto comunitário aquando das visitas domiciliárias, determinou contatos com as autoridades locais, especificamente com a junta de freguesia, de modo a tentar solucionar tais adversidades. Foi ainda passível identificar ambientes de risco acrescido de quedas, e de dificuldades na locomoção, pelo que, em algumas situações, o mestrando sugeriu alterações na disposição dos móveis, remoção de tapetes, aquisição de tapetes antiderrapantes, de forma a promover a segurança e independência da pessoa e contribuir para a sua capacitação, indo ao encontro do explanado no Decreto-Lei n.º 163/2006, de 8 de agosto, alterado pelo Decreto-Lei n.º 136/2014, de 9 de setembro.

- **Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa**

O EEER intervém junto da pessoa com afeções agudas e crónicas, desenvolvendo atividades que lhes permitam maximizar a sua funcionalidade e desempenho motor e cardiorrespiratório, através da conceção e implementação de programas de treino motor e cardiorrespiratório, com posterior monitorização e avaliação constantes, assim como necessidade de reformulações e ajustes, com a finalidade de capacitar a pessoa, torná-la mais autónoma e oferecer mais qualidade de vida.

Sendo assim, o EEER interage com a pessoa no sentido de desenvolver atividades que lhe permitam maximizar as suas capacidades funcionais e assim possibilitar um melhor desempenho motor, cardíaco e respiratório, potenciando o seu rendimento e o desenvolvimento

pessoal (Regulamento nº 392/2019).

Neste sentido cabe ao EEER conceber e implementar programas de treino motor, cardíaco e respiratório, demonstrar conhecimentos com base na melhor evidência científica acerca das funções cardíaca, respiratória e motora, na concretização dos programas e planos de reabilitação, no recurso a tecnologias para maximizar o desempenho a nível motor, cardíaco e respiratório, tendo em conta os objetivos individuais da pessoa e o seu projeto de saúde e desenvolvimento de sessões de treino com vista à promoção da saúde, à prevenção de lesões, à reabilitação, à capacitação e à autogestão (Regulamento 392/2019).

Ao EEER, assiste ainda a avaliação e reformulação de programas de treino motor, cardíaco e respiratório em função dos resultados esperados. Para tal, é essencial monitorizar a implementação dos programas por si concebidos, monitorizar os resultados obtidos em função dos objetivos definidos com a pessoa e promover estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico visando a cultura de segurança, nos vários contextos de atuação quando implementa esses programas de treino motor, cardíaco e respiratório. Objetivos específicos de cada programa, devem ser sempre realistas e atingíveis, tendo em consideração as condições de saúde e as expetativas futuras da pessoa.

Neste seguimento, o EEER deve ter a capacidade de monitorizar e controlar adequadamente a evolução/recuperação da pessoa ao longo de todo o programa de reabilitação, demonstrando sensibilidade e prudência, ajustando o plano de reabilitação conforme necessário para obter um melhor desenvolvimento, que se irá repercutir em mais ganhos em saúde e melhor qualidade de vida para a pessoa.

Os planos de reabilitação motora, respiratória e cardíaca devem ser individualizados, específicos, personalizados, ajustados e adaptados às condições e necessidades de cada um, e devem no fundo, ter como foco o desenvolvimento e aperfeiçoamento das capacidades da pessoa.

A aquisição e evolução nesta competência deu-se durante a passagem pelos diferentes contextos da prática, onde foi permitido ao mestrando, desenvolver e fomentar diferentes estratégias, intervenções e atividades de ER. Foram realizados planos de cuidados, onde se procedeu a uma anamnese e observação das pessoas em situação de doença, de forma a obter dados relevantes que nos permitiram formular os diagnósticos de enfermagem e, por conseguinte, definir os objetivos e planear as intervenções, nas quais se incluem os programas de reabilitação motora, de treino respiratório e cardíaco. Nesses programas realizados foram incluídos os exercícios de fortalecimento muscular, de amplitude articular, técnicas de mobilização, treino de atividades de vida diária, entre outras intervenções. Durante a nossa prática clínica, reforço que nos foi possível conceber planos de reabilitação tanto motora como respiratória e cardíaca.

Ao longo do estágio, foi possível realizar sessões de reeducação funcional motora, ensinando quais os exercícios, como, quando e com que frequência os executar, treinando e validando a sua correta assimilação e execução. Além dos planos de reabilitação motora foram também implementamos planos de reabilitação respiratória, executando, ensinando e treinando as técnicas de reeducação funcional respiratória. Na sequência da avaliação da condição respiratória das pessoas, foi possível prescrever exercícios com vista a melhorar a função respiratória e cardíaca, avaliando a condição e desenvolvendo planos de reabilitação sustentados em exercícios aeróbicos e anaeróbicos, treino de resistência, técnicas de relaxamento, e desta forma, fomentar e incentivar a adoção de hábitos de vida saudáveis, ajudando a aumentar e atingir mais qualidade de vida.

Como estratégia de colheita de dados e avaliação da condição das pessoas, foram aplicados instrumentos de colheita de dados e escalas, tais como Escala de Equilíbrio de *Berg*, *Time Up and Go*, Índice de *Barthel*, Escala de *Ashworth* Modificada, Escala de *Borg* Modificada, Teste de Marcha de seis minutos, *Medical Research Council Muscle Scale*, Goniometria e Índice de *Tinetti*.

O uso e aplicação destes instrumentos, permitiram ao mestrando observar, analisar e avaliar o progresso das pessoas, desde o início do seu processo de reabilitação até as distintas fases de desenvolvimento do mesmo, permitindo quantificar o seu nível de evolução, satisfação, aquisição de autonomia e ganhos em saúde.

Durante a prática do mestrando, houve sempre o cuidado, de envolver a pessoa, a família, o cuidador e também outros profissionais de saúde no desenvolvimento dos processos de reabilitação e recuperação de forma que estes se sentissem envolvidos no processo, contribuindo também para a nossa melhor percepção e tomada de decisão, e para que a pessoa se sentisse mais motivada e com volição para o seu processo de recuperação.

O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO PERANTE A PESSOA COM COMPROMISSO NO EQUILÍBRIO

De acordo com o Decreto-Lei nº 65/2018 de 16 de agosto, o grau de mestre é conferido aos que demonstrem possuir conhecimentos e capacidade de compreensão, sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo e que os desenvolvam e aprofundem permitindo e constituindo a base do desenvolvimento e de investigação; saibam aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas nas mais diversas situações e contextos.

O grau de mestre é atribuído, a todos os que demonstrem capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos e reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais, sejam capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes de uma forma clara e sem

ambiguidades; demonstrem competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo autónomo (Decreto-Lei nº 65/2018).

Neste sentido, e de acordo com Baixinho *et al.*, (2019), o mestre adota uma posição de maior proximidade à prática clínica, de maneira a explorar, desenvolver e aprofundar conhecimentos, que lhe permitam sustentar toda a sua prestação de cuidados de forma eximia e com qualidade, sendo este um profissional interventivo, dinâmico, contribuindo sempre para produção de mais conhecimento e melhores cuidados prestados.

As competências de mestre na área da enfermagem de reabilitação, sua aquisição e desenvolvimento, ficam desde logo bem patentes, no momento e na capacidade demonstrada para identificar uma situação problemática, proceder à realização de um projeto de intervenção direcionado, passando pela colheita de dados, execução e implementação de um plano, e a avaliação dos resultados provenientes dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados e, posteriormente a divulgação dos resultados alcançados, nomeadamente na pessoa com compromisso no equilíbrio, sendo a temática onde o mestrando investiu, e aprofundou mais conhecimentos.

Destarte, ao longo de todo este percurso académico, o mestrando assimilou e integrou vastos conhecimentos teóricos adquiridos em sala de aula, mas também de forma autodidata e autónoma, explorou e procurou alargar e enriquecer o seu conhecimento, através de consulta e pesquisas em bases de dados, em busca das melhores e mais recentes evidências científicas para sustentar, fundamentar e apoiar a sua tomada de decisão no âmbito dos cuidados a prestar às pessoas com compromisso no equilíbrio.

Salientamos que esse conhecimento foi canalizado e aplicado, no decurso da prática clínica, nos diversos contextos, de forma a responder positivamente e assertivamente às situações e condições complexas na área da enfermagem de reabilitação com que o mestrando se foi deparando. Uma dessas áreas reporta-se ao domínio do equilíbrio que em seguida explanamos.

De acordo com Garcia *et al.* (2021, p.495) o equilíbrio pode ser definido como o processo através do qual os indivíduos mantêm e movem os seus corpos numa relação específica com o meio. Considera-se um processo automático e inconsciente que permite resistir aos efeitos desestabilizadores da gravidade.

O mesmo autor refere que o equilíbrio pode ser dividido em estático e dinâmico, em que o equilíbrio estático é a capacidade de manter o centro de gravidade dentro da base de sustentação enquanto se está em pé ou sentado, e o equilíbrio dinâmico, refere-se à manutenção da posição ereta enquanto o centro de gravidade e a base de sustentação estão em movimento, e o centro de gravidade está a deslocar-se para fora dessa base.

Moraes *et al.* (2023), advogam que o equilíbrio estático ocorre em resposta à gravidade e força de reação ao solo, permitindo que o corpo permaneça na posição desejada, enquanto o

equilíbrio dinâmico ocorre em resposta a uma perturbação (alteração sensorial do ambiente envolvente) e permite que o corpo se mova de maneira controlada

Garcia *et al.* (2021), aludem que o centro de gravidade pode ser definido como o único ponto de um corpo ao redor do qual todas as partículas da sua massa estão igualmente distribuídas. É o ponto através do qual a força da gravidade age sobre o corpo, e no corpo humano este centro de gravidade coincide com o centro de massa (Okuno,& Fratin, 2003).

Silveira *et al.* (2006) e Ramos (2018), definem o equilíbrio, como a manutenção do corpo com um mínimo de oscilação, refere-se à manutenção da postura durante o desempenho de uma habilidade motora, que tende a interferir na orientação do corpo. Para Magalhães *et al.* (2020), o equilíbrio consiste em manter o centro de gravidade dentro de uma base de suporte para proporcionar maior estabilidade nos segmentos corporais durante situações estáticas e dinâmicas.

Segundo Limão (2019) o equilíbrio pode ser definido como a capacidade de manter uma postura direita. Este depende da interação entre o sistema sensorial (somatossensorial, visual e vestibular), o sistema motor e o de controlo central de integração (sistemas neurais), sendo todos eles afetados de forma independente pelo envelhecimento.

Os mesmos autores, referem que o défice e alteração no equilíbrio pode estar relacionado com défices de força muscular, da amplitude de movimento, da propriocepção, da visão, da função vestibular ou *endurance*, e que a nossa noção de equilíbrio e de postura correta é relativamente inconsciente, até apresentarmos alguma alteração (Limão, 2019)

Garcia *et al.* (2021 p. 496), aludem que o equilíbrio é resultado de uma complexa interação de sistemas, o sistema vestibular que se localiza no ouvido e possibilita a percepção do movimento, especialmente em relação à posição da cabeça, o sistema visual que recolhe a informação sobre a localização do corpo em relação ao meio envolvente, e o sistema proprioceptivo, que recebe o feedback sobre a posição do corpo (Carter *et al.*, 2001).

No seguimento desta ideia, Michaelsen & Levin (2004), são da opinião que independentemente do défice e da sua causa, todas as alterações do equilíbrio vão resultar num distúrbio dos padrões de movimento, cruciais para o desempenho de determinadas tarefas.

O equilíbrio corporal permite manter a postura sem grandes oscilações ou mantê-la durante o desempenho de uma atividade motora, sendo garantido através da interação do sistema sensorial, sistema musculoesquelético e sistema nervoso central. Em caso de alteração da capacidade de processamento e na transmissão de informação das vias eferentes do sistema nervoso central as respostas neuromusculares serão diferentes. Assim sendo, a ocorrência de lesão ou alteração do desempenho do sistema nervoso central provoca alterações anteriormente descritas com resultado no compromisso do equilíbrio (Garcia 2015; Leme, Carvalho & Sheicher 2017).

Alcobia *et al.* (2019), considera que o equilíbrio é fundamental para o desempenho das atividades da vida diária, que é complexo, pois envolve a participação de vários sistemas, nomeadamente o sistema nervoso, do sistema musculoesquelético e aparelho cardiorrespiratório e neste sentido difere de pessoa para pessoa, e é influenciado pela idade, personalidade e humor.

Assim, a alteração do equilíbrio pode ser causada por fatores extrínsecos, que se associam a dificuldades relacionadas com o ambiente, ou por fatores intrínsecos, próprios do envelhecimento, como alterações do sistema músculo esquelético ou sistema sensorial; assim como decorrentes da presença de doenças agudas ou crônicas-degenerativas. Um declínio das funções relacionado com idade, pode ser demonstrado em todos esses sistemas envolvidos no equilíbrio, tendo como resultado aumento das quedas, sendo que um terço da população acima de 65 anos sofrem quedas em cada ano (Silva *et al.* 2008; Gonçalves (2016)).

Como tal, o equilíbrio evidencia-se como uma das componentes mais importantes do ser humano pela sua explícita capacidade preditora da capacidade funcional, assim como da necessidade de ser preservado e melhorado para realizar de forma satisfatória as AVD's (Novo, *et al.* 2021).

As alterações da marcha e o consequente aumento do risco de queda representam um problema de saúde importante que determina a fragilidade das pessoas, em especial dos idosos, e que merece atenção pelo EEER, que pode através das suas competências e habilidades capacitar e instruir a pessoa, atuar sobre o ambiente tornando-o seguro, recuperar ou adaptar trajetórias de saúde e deste modo, atingir ganhos em saúde (Correia, *et al.*, 2019).

De acordo Alcobia *et al.* (2019), para uma marcha eficaz é necessário que exista coordenação entre a postura, equilíbrio e locomoção que permitam à pessoa adaptar-se aos obstáculos do meio.

Correia *et al.* (2019), descreve o equilíbrio corporal como sendo a habilidade de manter o centro de massa corporal dentro da base de sustentação. Já Yang *et al.* (2012) tinham referido que o corpo deve ser capaz de adquirir e controlar determinadas posturas, de forma a atingir um objetivo, com capacidade de se deslocar com rapidez e precisão, de forma multidirecional, com coordenação, segurança e ajustado frente às perturbações externas.

Os fatores biomecânicos mais importantes para a manutenção do equilíbrio são o centro de massa (*centre of mass* - COM) e centro de pressão (*centre of pressure* - COP), em que o centro de massa, conceito muito análogo ao centro de gravidade, é o ponto onde se encontra a resultante de todas as forças que agem sobre o corpo. A sua projeção vertical deve ser mantida dentro da base de suporte. O COP é o ponto de aplicação da resultante das forças verticais atuando na superfície de suporte (Freitas 2007; Januário & Amaral 2022; Pais 2020).

Na opinião de Januário, & Amaral (2022), mecanicamente, as condições de equilíbrio do corpo

dependem das forças e momentos de força sobre ele aplicados. Como exemplo de forças externas nomeiam-se a força de gravidade e a força de reação ao solo.

Segundo os autores supracitados, um corpo está em equilíbrio mecânico quando o somatório de todas as forças agindo sobre ele é igual a zero. Contudo, na postura ortostática existem sempre pequenas oscilações do corpo, porque as forças só se anulam momentaneamente. Logo, o corpo humano está em constante desequilíbrio, numa busca incessante por equilíbrio.

O equilíbrio é fundamental para a realização de todas as capacidades funcionais e como tal é relevante conhecer a sua fisiologia (Januário & Amaral 2022).

Fisiologia do equilíbrio: os sistemas envolvidos

De acordo com Januário & Amaral (2022) é importante conhecer a fisiologia do equilíbrio, porque este é essencial para a realização de todas as capacidades funcionais.

O equilíbrio é uma capacidade motora que decorre da interação de múltiplos processos sensoriomotores. Este é constituído pelo sistema sensitivo sensorial, o sistema somato sensorial, o sistema visual, o sistema vestibular e o sistema cognitivo e quantos mais sistemas sensoriais forem manipulados, pior será o equilíbrio (Teixeira *et al.* 2011).

Segundo Garcia *et al.* (2021), o equilíbrio provém da articulação entre a informação oriunda do sistema sensorial (visual, vestibular e proprioceptivo), a sua integração central no sistema nervoso central e a resposta motora a qualquer alteração nos sistemas que estejam relacionados com a manutenção postural, pode comprometer o equilíbrio.

O equilíbrio é algo tão complexo que depende do sistema sensitivo sensorial (visual, vestibular e somato sensorial), tempo de reação, sistema motor (sinergias de reação músculo temporal, força muscular e amplitude articular), os centros de equilíbrio (SNC), processamento cognitivo, sistemas adaptativos e morfologia corporal (altura, centro de massa, comprimento dos pés, distribuição do peso) (Gallahue, & Ozmun, 2003; Rossi *et al.* 2021).

• Sistema sensitivo - sensorial

Januário, & Amaral (2022), exaltam a existência de várias classificações dos receptores sensoriais. Segundo estes, uma delas divide os receptores com base na sua distribuição corporal e na sua função sensorial em exteroceptores, proprioceptores e interoceptores. Os exteroceptores respondem a estímulos externos e localizam-se na ou perto da superfície e podem ser subdivididos em gerais (incluem as terminações nervosas livres e encapsuladas) e em especiais (receptores olfativos, visuais, acústicos e gustativos).

Os proprioceptores respondem a estímulos dos tecidos profundos, detectando movimento, stress mecânico e alterações na posição corporal ou de segmentos do corpo e incluem os

órgãos tendinosos de Golgi, os fusos neuromusculares, os corpúsculos de Pacini, outras terminações nas articulações e os receptores vestibulares. Os interoceptores incluem receptores nas paredes das vísceras, glândulas e vasos sanguíneos (Januário, & Amaral 2022).

Para Peterka (2018), em pessoas saudáveis, numa base de suporte firme, a informação sensorial utilizada é proveniente sobretudo do sistema somato sensorial (70%), complementada com a informação dos sistemas visual (10%) e vestibular (20%).

- **Sistema somato - sensorial**

Segundo Januário, & Amaral (2022), os proprioceptores do pescoço informam sobre a inclinação do pescoço, ou seja, acerca da orientação da cabeça relativamente ao corpo, e transmitem essa informação aos núcleos vestibulares e reticulares. Quando há inclinação do pescoço relativamente ao tronco, os proprioceptores do pescoço contrariam a informação do sistema vestibular, impedindo que haja uma sensação de desequilíbrio.

Januário, & Amaral (2022) e Teixeira (2021), quando todo o corpo se inclina, com alinhamento do pescoço e tronco, estes proprioceptores não contrariam a informação do sistema vestibular.

O sistema somato sensorial é exteroceptivo e proprioceptivo. Este inclui a informação proveniente da propriocepção muscular, vias aferentes articulares e proprioceptores cutâneos (Teixeira, 2021).

A informação somato sensorial, informa o sistema nervoso sobre as propriedades da superfície de suporte e sobre a força que o corpo exerce sobre estas superfícies; a posição e a velocidade de todos os segmentos corporais; o seu contato com objetos do meio envolvente, (incluindo o chão) e a orientação da gravidade (Teixeira, 2021). Este sistema fornece dois tipos de informações sensoriais que podem contribuir de forma significativa para desencadear respostas posturais automáticas e para dimensionar a magnitude das respostas face à velocidade e amplitude dos distúrbios posturais.

Garcia *et al.* (2021) refere que a propriocepção pode ser definida como input neural proveniente das terminações nervosa, denominadas mecanorreceptores (receptores sensoriais para a propriocepção) localizados na pele, nos tendões e nos músculos, nas cápsulas articulares e nos ligamentos, cuja informação deriva do sistema nervoso central.

Correia *et al.* (2019), define propriocepção, como sendo a capacidade que o corpo tem de se adaptar a diferentes posturas, consequência inconsciente de sentir, interpretar e interagir com o movimento e a posição no espaço.

Através da propriocepção ocorrem estímulos nos receptores das cápsulas articulares, músculos e ligamentos, que além de assegurarem uma boa integridade das sensações proprioceptivas, melhoram a força muscular, o equilíbrio e a marcha (Rossato *et al.* 2013; Rosendo 2021).

- **Sistema visual**

Segundo Teixeira (2021), a informação do sistema visual é importante na determinação da velocidade e percurso de objetos e dos vários segmentos do corpo, permitindo e este a manutenção do ortostatismo e da orientação do movimento corporal relativamente ao ambiente, sendo que a eficácia da visão no controlo postural depende diretamente da acuidade visual, do contraste, da distância do objeto e da iluminação do ambiente.

Existem vários movimentos oculares fundamentais para o controlo postural, são eles: os movimentos sacádicos, movimento de perseguição, nistagmo optocinético, movimentos oculares conjugados, e movimentos de vergência.

Conforme referido por Januário, & Amaral (2022) um reflexo importante é a reação visual de correção postural, em que a cabeça se verticaliza em resposta ao reconhecimento visual do ambiente envolvente, tendo por base orientações horizontais e verticais. Quando a percepção visual está distorcida, provocando uma inclinação da cabeça, todo o equilíbrio ficará comprometido.

- **Sistema vestibular**

Para Ribeiro *et al.* (2022), o sistema vestibular é composto por órgãos otolíticos (sáculo e utrículo), responsáveis pela deteção de movimentos lineares de cabeça, e por canais semicirculares sensíveis aos movimentos angulares de cabeça. Interage com o sistema proprioceptivo, por meio do reflexo vestibulo espinhal (RVE), e com o sistema visual, por meio do reflexo vestibulo ocular (RVO), mantendo a postura corporal e a imagem nítida na retina, mesmo com o movimento da cabeça.

O sistema vestibular auxilia a manutenção do equilíbrio. O labirinto membranoso contém o utrículo, o sáculo e os canais semicirculares, que são preenchidos por um fluído que acompanha o movimento da cabeça, ativando células ciliares, cujos potenciais de ação são transmitidas pelo ramo vestibular do nervo vestibulo coclear (Januário, & Amaral 2022).

Os mesmos autores, salientam que os impulsos vestibulares têm pouco ou nenhum papel no controlo postural quando uma pessoa está quieta sobre uma superfície fixa com os olhos abertos, contudo, um défice do sistema vestibular condiciona uma dificuldade desproporcionada em manter o equilíbrio no escuro/olhos fechados. Logo, nas situações de défice vestibular, é necessária uma maior atenção visual, sendo possível um equilíbrio quase normal se os movimentos forem lentos num ambiente bem iluminado.

De acordo com McCall (2021), o sistema vestibular tem conexões com os núcleos vestibulares, o córtex cerebral, o cerebelo, a formação reticular, a espinal medula e os núcleos oculomotores, sendo que os sinais vestibulares contribuem para funções cerebrais, como reflexos automáticos ou percepção espacial e mesmo a coordenação motora.

Gonçalves *et al.* (2017), afirmam que o sistema vestibular provê ao SNC informações sobre a posição e os movimentos cefálicos em relação às forças da gravidade e da inércia por meio de

medidas de velocidade angular e aceleração linear da cabeça em relação ao eixo gravitacional.

- **Sistema extrapiramidal**

Para Januário, & Amaral (2022), o sistema extrapiramidal é essencial no controlo motor, sendo ele constituído pelos núcleos da base e formação reticular, núcleos vestibulares, núcleos rubros e tubérculos quadrigêmeos que estão localizados no tronco cerebral, pelo cerebelo e pelas vias extrapiramidais.

Como destaca Teixeira (2021), estes núcleos estão presentes nos hemisférios cerebrais, por onde passam a maioria das fibras nervosas motoras e sensitivas, que conectam o córtex cerebral e a espinal medula. Eles controlam todos os movimentos, fornecendo o suporte postural necessário para a execução dos movimentos voluntários simples e inibem o tônus motor. Têm como funções mais relevantes a contribuição para a flexibilidade, o controlo de respostas corretoras, incluindo a capacidade de dar prioridade aos elementos da função postural e o processamento da informação aferente, que é cada vez mais reconhecido como muito relevante para o controlo postural

Segundo Silva *et al.* (2020), o cerebelo tem um papel primordial na coordenação dos mecanismos da postura e do equilíbrio. Já para Januário, & Amaral (2022), o cerebelo funciona em associação com outros sistemas do controlo motor e recebe aferências dos núcleos vestibulares, dos proprioceptores e do tronco cerebral que o informam constantemente sobre a posição corporal, a velocidade de movimentos e as forças que atuam sobre o corpo.

Januário, & Amaral (2022), salientam também que o cerebelo, tem um papel importante na postura ortostática, e usa mecanismos estático cinéticos de antecipação e reação para manter o equilíbrio durante a locomoção, sendo que se este for afetado por uma lesão causa grandes défices do equilíbrio, resultando, por exemplo, numa ataxia da marcha.

- **Sistema cognitivo**

Segundo Teixeira (2021), existe cada vez mais evidências de que o córtex cerebral e o processamento cognitivo interferem em aspetos específicos do controlo do equilíbrio.

A mesma autora, indica que as valências cognitivas como a atenção, a percepção e a memória têm impacto no processo de equilíbrio, e que para adquirir uma postura estática é necessário um processamento cognitivo, mais ou menos automático, pois em pessoas que estão de pé é verificado um tempo de reação aumentado, comparativamente ao tempo de reação de pessoas que estão sentadas com apoio.

Tomada de decisão clínica de enfermagem de reabilitação no domínio do equilíbrio

De acordo com Lourenço *et al.* (2022), a tomada de decisão é essencial e crucial para a prática,

gestão e educação, e o compromisso dos enfermeiros impõe responsabilidade e autonomia nas decisões que são tomadas.

Neste sentido, na opinião de Lourenço *et al.* (2022), o enfermeiro é chamado a intervir no seu contexto de ação para responder às situações com que se depara, seja enquanto prestador de cuidados, responsável na coordenação ou como gestor de uma equipa de trabalho, sendo imperativo e primordial a elaboração de um plano de intervenção, atendendo aos recursos disponíveis, naquela que se espera como a mais correta postura na atenção à pessoa a quem são prestados os cuidados.

Os mesmos autores referem que o processo tradicional de tomada de decisão consiste em identificar o problema, colher os dados para análise, levantar alternativas de solução, avaliar essas alternativas, seleccionar a solução mais adequada, implementar a solução e avaliar os seus resultados.

Deste modo, o EEER deve ter bem presente como modelo de solução de problemas o processo de enfermagem, sustentado na identificação dos dados relevantes, na identificação de diagnósticos, no planeamento e implementação das intervenções e na respetiva avaliação das mesmas.

Assim, e no âmbito do que Kosicka *et al.* (2019) salientam, a tomada de decisão é parte indissociável da prática de enfermagem, realçando que os enfermeiros devem estar cientes da sua importância, dos aspetos inerentes à mesma, e que sejam capazes de suportados na evidencia científica, fomentar uma tomada de decisão independente e eficaz.

• **Dados relevantes na pessoa com compromisso no domínio do equilíbrio**

Cabe ao EEER no âmbito da conceção de cuidados proceder à colheita de dados importantes junto da pessoa, dados esses que vão sustentar a identificação dos diagnósticos.

No âmbito da pessoa com compromisso no equilíbrio salientamos como relevantes os seguintes dados:

- Equilíbrio estático sentado: controlo postural sentado; capacidade para manter a simetria corporal quando sentado, sem apoio.
- Equilíbrio estático em pé: controlo postural em pé; capacidade para manter estabilidade em pé com pés paralelos; capacidade para manter a posição de pé, sem apoio.
- Equilíbrio dinâmico sentado.
- Equilíbrio dinâmico em pé.

- Consciencialização da relação entre equilíbrio comprometido e o risco de cair.
- Conhecimento sobre exercícios para treino de equilíbrio e capacidade de os executar.
- Capacidade cognitiva.
- Capacidade física.
- Consciencialização das mudanças no seu estado de saúde.
- Força de vontade.
- Envolvimento no processo de aprendizagem.
- Crença demonstrada de que é capaz de recuperar.
- Desejo expresso de se tornar mais independente.

Importa também referir a existência de instrumentos de apoio à tomada de decisão e sua relevância em todo o processo de identificação e sinalização de dados. Neste sentido fazemos menção ao Índice de Tinetti (Petiz, 2002) e à Escala de Equilíbrio de Berg (OE, 2016).

- Índice de Tinetti

Esta escala foi criada em 1986 por Tinetti, Williams e Mayewski (Abreu *et al.*, 2008), e tem por finalidade classificar os aspetos da marcha, como a velocidade, a distância do passo, a simetria, o equilíbrio em pé, o girar e também as mudanças efetuadas com os olhos fechados (Silva *et al.*, 2007).

A versão portuguesa foi validada para a população portuguesa por Petiz (2002). Este instrumento estima a predisposição para quedas em idosos através da avaliação quantitativa de um conjunto de tarefas relacionadas com a mobilidade e o equilíbrio. Está dividido em duas partes que totalizam 28 pontos, onde quanto mais alto o valor melhor o equilíbrio. A primeira parte diz respeito à avaliação do equilíbrio estático, com 9 itens, dos quais dois são pontuáveis de 0 a 1 e sete de 0 a 2, permitindo um máximo de 16 pontos. A segunda parte avalia o equilíbrio dinâmico e envolve 10 itens dos quais oito são pontuáveis de 0 a 1 e dois de 0 a 2 num total de 12 pontos. (Carvalho *et al.*, 2007)

- Escala de Equilíbrio de Berg

A Escala de Equilíbrio de Berg, foi criada por Katherine Berg em 1992, e está traduzida e validada para a população portuguesa. Tem como objetivo avaliar o equilíbrio funcional, estático e dinâmico e predizer o risco de queda em adultos e idosos (OE, 2016).

É composta por atividades de coordenação, equilíbrio, capacidade de mudança de decúbito, avaliação das transferências: levantar, sentar, rodar em torno de si mesmo, transferência de carga para a frente e para os lados, apanhar um objeto do chão, entre outras, em diferentes situações de disposição da base de sustentação. O equilíbrio funcional é avaliado com base no

desempenho de 14 tarefas funcionais específicas e de dificuldade variada tais como: posição sentada para posição em pé, permanecer em pé sem apoio, permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho, posição em pé para posição sentada, transferências, permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados, permanecer em pé sem apoio com os pés juntos, alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé, apanhar um objeto do chão a partir de uma posição em pé, virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé, girar 360 graus, posicionar os pés alternadamente ao degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio, permanecer em pé sem apoio com um pé à frente, permanecer em pé sobre uma perna. O score é baseado na habilidade para executar as atividades em tempo e de forma independente, e engloba 3 dimensões: manutenção de posição, ajuste postural e movimentos voluntários (OE, 2016).

O desempenho de cada atividade é classificado através de uma escala de 0 - 4 que quantifica o desempenho do utente, em que 0 - incapaz de executar e 4- capaz de executar de forma independente, sendo que o score máximo é de 56 pontos. Quanto maior for este score, menor é o risco de queda e maior o equilíbrio (OE, 2016).

Pontuações finais que variam entre 0 a 20 representam a diminuição do equilíbrio, entre 21 a 40 representam equilíbrio aceitável, e entre 41 a 56 representam um bom equilíbrio. (Blum & Komer - Bitensky, 2008).

Uma pontuação de 45 é considerada preditor de queda, e se for menor ou igual a 36 está associado a 100% de risco de queda (Souza & Ribeiro, 2012).

- **Diagnósticos na pessoa com compromisso do equilíbrio**

Decursivo dos dados relevantes, anteriormente enunciados, os diagnósticos de ER que poderão emergir são:

- Equilíbrio estático comprometido.
- Equilíbrio dinâmico comprometido.
- Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio.
- Potencial para melhorar o conhecimento para treinar o equilíbrio.
- Potencial para melhorar autoeficácia para treinar o equilíbrio.
- Potencial para melhorar significado atribuído ao treino do equilíbrio.
- Potencial para melhorar a capacidade para treinar o equilíbrio.

- **Objetivos e intervenções na pessoa com compromisso no equilíbrio**

Os objetivos pretendidos na pessoa com compromisso no domínio do equilíbrio serão:

- Determinar a evolução do equilíbrio estático.
- Melhorar o equilíbrio estático.
- Prevenir a queda.
- Promover a autogestão: prevenção de quedas.
- Promover adesão: treino do equilíbrio estático.
- Determinar a evolução do equilíbrio dinâmico.
- Melhorar o equilíbrio dinâmico.
- Promover autogestão: prevenção de quedas.
- Promover adesão: treino do equilíbrio dinâmico.

- **As intervenções implementadas são:**

- Executar técnica de treino de equilíbrio estático (sentado).
- Executar técnica de treino de equilíbrio estático (em pé).
- Analisar com a pessoa a relação entre exercícios de controlo postural e o equilíbrio.
- Incentivar a manter o equilíbrio (correção postural).
- Ensinar sobre exercícios para treino de equilíbrio estático (sentado).
- Instruir sobre exercícios para treino de equilíbrio estático (sentado).
- Treinar exercícios para treino de equilíbrio estático (sentado).
- Incentivar exercícios para treino de equilíbrio estático (sentado).
- Assistir no treino de equilíbrio estático (sentado).
- Ensinar sobre exercícios para treino de equilíbrio estático (em pé).
- Instruir sobre exercícios para treino de equilíbrio estático (em pé).
- Treinar exercícios para treino de equilíbrio estático (em pé).
- Incentivar exercícios para treino de equilíbrio estático (em pé).
- Assistir no treino de equilibrio estático (em pé).

- Analisar com a pessoa a relação entre o equilíbrio comprometido e o risco de cair.
- Executar técnica de treino de equilíbrio dinâmico.
- Ensinar sobre exercícios para treino de equilíbrio dinâmico.
- Instruir sobre exercícios para treino de equilíbrio dinâmico.
- Treinar exercícios para treino de equilíbrio dinâmico.
- Incentivar exercícios para treino de equilíbrio dinâmico.
- Assistir no treino de equilíbrio dinâmico.

Em relação às intervenções do EEER neste domínio apresentamos na tabela seguinte um conjunto de exercícios que concretiza o treino de equilíbrio:

Posição	Tipo de exercícios
Deitado	- Exercícios de mobilização da cabeça (flexão, rotação, lateralização e extensão); - Exercícios músculo articulares dos membros superiores e inferiores (flexão, extensão, abdução, adução); - Flexão/ extensão da articulação coxofemoral; - Rolamento para ambos os lados; - Rolamento com as mãos entrelaçadas e os joelhos fletidos, para o lado direito e para o lado esquerdo; - Dissociação da cintura pélvica; - Ponte; - Ponte com uma almofada/bola presa entre os joelhos; - Ponte com um membro inferior em extensão e o outro membro inferior em flexão, alternando a posição dos membros inferiores.
Sentado na cama	- Exercícios de mobilização da cabeça (flexão, rotação, lateralização e extensão); - Exercícios músculo articulares dos membros superiores e inferiores (flexão, extensão, abdução, adução); - Com as articulações dos membros superiores em extensão, efetuar a lateralização para a direita e para a esquerda; - Fazer a extensão dos membros superiores para trás apoiando-se com as mãos no colchão; - Sentado na cama com a bola de pilates atrás das costas, induzir um ligeiro balanço nos ombros de forma a treinar o controlo do tronco;

Sentado na cama com os pés no chão	- Sentado na cama com as mãos apoiadas na cama e os pés apoiados no chão; - Sentado na cama com os pés apoiados no chão e sem apoio das mãos; - Exercícios de mobilização da cabeça (flexão, rotação, lateralização e extensão); - Exercícios de mobilização da articulação glenoumeral (flexão, extensão, abdução, adução) de um membro, e o outro fica apoiado na cama, alternando posteriormente o membro de apoio; - Exercícios de mobilização da articulação glenoumeral (flexão, extensão, abdução, adução) de um membro, e o outro fica sem apoio na cama; - Flexão/extensão/abdução/adução da articulação coxofemoral e flexão e extensão do joelho de um membro inferior sem estar apoiado na cama com as mãos; - EEER provoca oscilação antero-posterior do tronco; - EEER provoca oscilação latero-lateral do tronco; - Sentado na cama atirar uma bola com uma mão ou com as duas mãos e recepcionar a bola lançada com uma mão ou as duas mãos; - De olhos fechados efetuar exercícios de dedo nariz com cada mão;
------------------------------------	---

Em pé	- Exercícios de mobilização da cabeça (flexão, rotação, lateralização e extensão); - Exercícios musculares articulares dos membros superiores e inferiores (extensão, flexão, adução, abdução); - EEER provoca a oscilação antero-posterior do tronco; - EEER provoca a oscilação latero-lateral do tronco; - Pôr-se em pontas de pés com apoio nos pés da cama; - Pôr-se sobre os calcanhares com apoio nos pés da cama; - Flexão de um joelho até 90º, alternar os joelhos; - Apoiado sobre um pé efetuar movimentos com a perna que fica suspensa (flexão, hiperextensão, abdução e adução da articulação coxofemoral); - Levantar-se e sentar-se com apoio dos MS's; - Levantar-se e sentar-se sem apoio dos MS's (braços cruzados ou ao peito); - Subir e descer o <i>step</i> de frente, de costas e de lado; - Segurar bola com as mãos e elevar os MS's sobre a cabeça; - Atirar uma bola com uma mão ou duas mãos e recepcionar bola lançada com uma mão ou duas mãos; - Colocar as mãos ao longo do corpo, elevar uma perna e cruzar a altura do joelho fazendo um "quatro" com as pernas; - Erguer-se e sentar-se segurando-se no espaldar; - Segurar-se no espaldar e erguer alternadamente os joelhos até 90º; - Segurar-se no espaldar e abduzir os MI's alternadamente; - Segurar-se no espaldar e elevar calcanhares alternadamente até aos glúteos; - Segurar-se no espaldar, colocar uma pequena bola debaixo do pé e deslizar/ rolar o respetivo MI para a frente, para trás e para os lados; - Pôr-se em pontas de pés sem apoio; - Pôr-se sobre os calcanhares; - Levantar um braço acima do nível da cabeça e fazer a flexão da articulação coxofemoral até 90º do membro ipsilateral; - Levantar um braço acima do nível da cabeça e fazer a flexão da articulação coxofemoral até 90º do membro contralateral; - Elevar uma perna para trás e o braço ipsilateral para a frente inclinando ligeiramente o tronco para a frente; - Erguer-se e sentar-se com os MS's em extensão segurando uma bola; - Fletir a articulação coxofemoral 90º e passar uma bola por baixo das coxas alternadamente; - Sem apoio e de forma estática permanecer 20 segundos de olhos abertos e depois 20 segundos de olhos fechados;
-------	--

Em pé (sentado na bola de pilates)	- Exercícios de mobilização da cabeça (flexão, rotação, lateralização e extensão); - Exercícios músculo articulares dos membros superiores e inferiores (flexão, extensão, abdução, adução); - Sentado fazer extensão das articulações dos MS's e fazer o movimento de rotação do tronco para a direita e para a esquerda; - Levantar-se e sentar-se sem apoio na bola de pilates; - Sentar-se na bola e elevar os dois MS's (braços) e um MI (perna), alternar o MI que eleva; - Sentado, efetuar deslizamentos para a frente e para trás e para os lados; - Sentado na bola de pilates efetuar a dissociação da cintura pélvica; - Sentado na bola de pilates atirar uma bola com uma mão ou com as duas mãos e recepcionar bola lançada com uma mão ou com as duas mãos; - Sentado na bola de pilates colocar os pés em cima de uma outra bola (pode ser outra bola de pilates ou uma bola mais pequena) e rolar a bola para a frente e para trás; - Sentado na bola de pilates elevar uma bola presa entre os dois pés até ao nível dos joelhos; - Sentado na bola o EEER provoca uma oscilação antero-posterior e latero-lateral do tronco;
Em pé sob a Tábua de Freeman/bola bosu	- Ficar em pé sobre a tábua/bola bosu e fazer oscilações laterais; - Posição estática em cima da tábua de Freeman/bola bosu; - Sob a tábua/bola bosu fazer flexão do joelho a 90º e alternar com o outro joelho; - Sob a tábua de Freeman/bola bosu o EEER provocar desequilíbrios laterais; - Sob a tábua de Freeman /bola bosu atirar uma bola com uma mão ou duas mãos e recepcionar a bola lançada com uma mão ou duas mãos; - Sob a tábua de Freeman/bola bosu fazer agachamentos.
Andar	- Andar descalço sobre tapete/ solos com diferentes texturas e relevos; - Andar com auxiliar de marcha (andarilho, canadianas); - Andar e elevar a coxa até 90º a cada passo dado; - Transpor obstáculos; - Pista de obstáculos no chão para contorná-los e saltar/ passar por cima; - Subir e descer escadas; - Subir e descer rampa; - Andar com bola/bola de pilatos nas mãos ou presa entre as mãos; - Pedir que efetue mudanças de direção da marcha quando solicitado; - Andar de lado; - Andar em pontas dos pés; - Andar sobre os calcanhares; - Andar de costas para trás; - Segurar uma bola com uma mão com o MS em extensão e efetuar passos laterais; - Andar sobre uma linha reta, efetuando passadas em ziguezague; - Andar de olhos abertos sobre o colchão; andar de olhos fechados sobre colchão; - Andar em linha reta / Traçar uma linha no chão e andar sobre a mesma, pé ante pé;

Tabela 1- Exercícios de treino de equilíbrio (Adaptado de Rocha et al. (2020); Santos et al. (2020); Araújo et al. (2021), Garcia et al. (2021))

Importa salientar, que os exercícios acima mencionados, estão exemplificados em imagens no Anexo I até ao Anexo XI.

- **Resultados das intervenções implementadas na pessoa com compromisso no equilíbrio**

De acordo com Araújo *et al.*, (2021), o uso de instrumentos de avaliação, permite estimar os ganhos obtidos no equilíbrio estático e dinâmico. Avaliar continuamente o conhecimento sobre exercícios de treino de equilíbrio e a capacidade de executá-los é fundamental para ajudar as pessoas a alcançarem autoeficácia no treino de equilíbrio.

Neste sentido, como resultados esperados após a nossa intervenção enquanto EEER na pessoa com compromisso no domínio do equilíbrio, pretendemos que a pessoa apresente:

- Equilíbrio estático melhorado.
- Equilíbrio dinâmico melhorado.
- Consciencialização da relação entre exercícios de controlo postural e o equilíbrio melhorada.
- Consciencialização da relação entre o equilíbrio comprometido e risco de cair melhorada.
- Conhecimento sobre exercícios para treino equilíbrio melhorado.
- Capacidade para executar exercícios para treino de equilíbrio melhorada.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

Este relatório primeiramente traduz todo um percurso e processo de transformação não só profissional como também pessoal vivenciado pelo mestrando, onde está plasmado todo o processo de crescimento, enriquecimento, aquisição, assimilação e acomodação de novas competências, sendo elas, as competências comuns do enfermeiro especialista, as específicas do enfermeiro de reabilitação, assim como as de mestre em Enfermagem de Reabilitação.

Tendo consciência de que o saber profissional especializado e avançado em enfermagem resulta e advém de um processo de construção contínuo, assente numa prática refletida, o mestrando ao longo deste relatório procurou evidenciar todo o percurso efetuado no decorrer do estágio, que permitiu a aquisição e desenvolvimento das competências preconizadas nos descritores de *Dublin* para o 2º ciclo de ensino de forma a obter o grau de mestre e as competências definidas pela OE para os EEER.

No âmbito da componente de estágio inerente à Unidade Curricular "Estágio de Natureza Profissional - Módulo II" do curso de MER, e sua operacionalização, o mestrando experienciou nos distintos contextos de prática as mais diversas oportunidades e ensejos para desenvolver e atingir os objetivos propostos e por si edificadas, com a finalidade e intuito de dar um salto quantitativo a nível profissional, e daí advir um melhor *know how* para melhor cuidar das pessoas.

Estes contextos demonstraram e colocaram à mercê do mestrando, na pessoa dos diversos enfermeiros tutores, todo o seu cariz formativo, dinamismo, envolvimento, experiência, profissionalismo, sabedoria e conhecimento, sustentado a sua atuação sempre na melhor evidência científica, fomentada pelo interesse na investigação e no melhor cuidar.

De referir, que em todos esses contextos ficou bem plasmada, toda a dinâmica, importância e envolvimento dos EEER no âmbito da sua prática e prestação de cuidados diferenciados e especializados em ER desde a primeira observação e contato com a Pessoa, à identificação de domínios e dados relevantes que lhes permitiam uma melhor e mais consciente tomada de decisão, à conceção e planeamento de programas de reabilitação direcionados e personalizados, à implementação das intervenções e, posteriormente, sua avaliação, sendo uma constante a partilha de opiniões e ideias, com o propósito de oferecer o melhor e mais diferenciado cuidado às pessoas.

Neste sentido, o mestrando alicerçado na evidência e investigação, teve a oportunidade de desenvolver habilidades, demonstrar competências técnico científicas e humanas, que lhe permitiram maior clarividência e segurança aquando da tomada de decisão, buscando sempre o

melhor e mais proficiente cuidar, nunca descurando a sua conduta profissional enquanto futuro EEER.

Este relatório permitiu ainda aprofundar muitos conhecimentos teóricos e práticos, pelo que se considera ser um instrumento de trabalho relevante e de grande preciosidade para o mestrando, possibilitando ao mesmo aferir e evidenciar todo o seu processo de aprendizagem, desenvolvimento teórico e técnico, assimilação e acomodação de informação, conhecimentos e aptidões, sustentadas na mais recente evidência científica.

O mesmo procurou demonstrar todo o seu árduo percurso realizado, a sua capacidade de definir objetivos claros, de procurar as mais diversas experiências de aprendizagem, as estratégias e atividades adotadas para prestar cuidados especializados de ER, nas diversas áreas de intervenção, como a reeducação funcional motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação, e numa área de seu interesse pessoal e de grande relevância como é a do Equilíbrio.

A concretização deste relatório permitiu demonstrar todo o trilho percorrido e documentar os resultados obtidos fruto dos planos de intervenção instituídos junto das pessoas, resultados esses que sustentam e certificam que os objetivos delineados na fase de elaboração do projeto de estágio foram assertivos, direcionados e fomentaram no mestrando uma maior capacidade de reflexão crítica sobre as práticas realizadas, utilizando uma base de evidência científica, com intuito de obter níveis de satisfação elevados nos cuidados prestados, atendendo sempre à peculiaridade das pessoas, focando-se na capacitação das mesmas tanto para o autocuidado como para a reinserção social e maximização das suas funcionalidades de modo a garantir-lhes um aumento do bem estar e elevar a sua qualidade de vida. Importa referir que a atuação descrita esteve sempre sustentada no Regulamento nº 392/2019 que norteia o cuidado especializado em ER.

Em virtude das diversas experiências vividas, nos diferentes contextos e em comunhão com os tutores, na senda da prática e dos cuidados prestados o mestrando atendeu sempre à individualidade de cada Pessoa, e à complexidade da sua situação.

No desempenho das suas funções, teve sempre patente os valores, normas e princípios éticos da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça como alicerces para a tomada de decisão em enfermagem. Demonstrou sempre um exercício seguro e profissional, fundamentado no conhecimento técnico e científico, e primou pela privacidade e dignidade humana.

O mestrando procurou atender sempre às necessidades da Pessoa alvo dos seus cuidados, respeitando a sua autonomia em todo o processo de reabilitação, as suas crenças e valores, elogiando o seu desempenho e a sua volição e adesão aos programas de reabilitação, primou pela maximização da funcionalidade e sua autonomia, atendeu à implementação de políticas

inclusivas a nível do edifício residencial e na identificação das barreiras arquitetónicas que influenciam a acessibilidade e participação social, e intercedeu nas instituições existentes na comunidade permitindo à Pessoa, usufruir dos meios e apoios sociais existentes.

Importa referir que também fez uso dos Sistemas de Informação para a documentação dos cuidados especializados em ER regidos pelos guias de boas práticas documentados pela OE, que tiveram um papel crucial na tomada de decisão, como explanado nos Cenários descritos no capítulo três e quatro.

Salientamos também, que decursivo dos referenciais teóricos que norteiam a prática de enfermagem, suportamos a nossa prática nos modelos de Autocuidado e das Transições, visto que estes têm uma grande importância e peso no processo de tomada de decisão em ER e, por conseguinte, na promoção de cuidados especializados de qualidade.

As oportunidades advindas dos contextos onde se realizou o estágio, permitiram que o mestrando sustentasse e aprimorasse a aquisição de atributos teóricos e técnicos, tanto na conceção, como na avaliação e reformulação dos programas de treino motor, treino de força muscular, treino e promoção de amplitude articular, treino de equilíbrio, programas de reabilitação respiratória e prescrição de exercício físico.

De salientar que a elaboração deste relatório, permitiu ao mestrando fazer uma introspecção, e refletir sobre todas as oportunidades e experiências vivenciadas, bem como, sobre os conhecimentos adquiridos e assimilados, as contrariedades, os obstáculos e dificuldades sentidas, as críticas e elogios obtidos, no decorrer de todo este proficiente percurso, e que no seu computo geral, permitir-lhe-á, um incremento na qualidade da prestação de cuidados especializados em ER às pessoas com distintas necessidades específicas ao longo do ciclo vital.

No decorrer deste trajeto, todo o processo de conceção e desenvolvimento deste mesmo relatório foi complexo, dinâmico e com necessidade de contínuas reavaliações e adaptações face às adversidades que no decurso do mesmo foram surgindo, por vezes com a dificuldade em gerir o tempo pessoal disponível, conseguir conjugar os horários laborais com os horários dos diferentes contextos da prática onde decorreu o estágio final.

Por outro lado, é de ressaltar os fatores facilitadores de todo este percurso de aprendizagem, tais como, a forma afável e a hospitalidade com que o mestrando foi recebido, a colaboração, o suporte, a orientação, o apoio, e a interação estabelecida com todas as equipas de Enfermagem.

A resiliência, a motivação, o empenho e a proatividade demonstradas, ao longo deste percurso, contribuíram para o desenvolvimento pessoal e profissional do mestrando, especificamente ao nível do saber, do saber fazer e do saber ser.

A título conclusivo apura-se que a concretização do Relatório de Estágio de Natureza Profissional

- Módulo II inerente ao MER engloba e incorpora uma reflexão crítica, sobre o aglomerado de experiências, de aprendizagens teóricas e clínicas, que incrementam e promovem a aquisição e desenvolvimento das competências específicas do EEER e também das competências de Mestre.

Finalizando, este foi sem sombras de dúvida um percurso que proporcionou ao mestrando um grande crescimento e evolução quer a nível pessoal como profissional. Todas as oportunidades e *core* de competências desenvolvidas, são de fato uma adição indiscutível de conhecimentos e capacidades, que se refletiram na qualidade dos cuidados de ER prestados, tendo sempre como foco principal o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas por si cuidadas.

Ressalvamos que todo o percurso e processo de formação individual do mestrando, não finda com a conclusão e apresentação deste relatório, mas sim, que este é o ponto de partida para a procura constante e permanente de conhecimentos em enfermagem enquanto ciência, e, especificamente em ER, incentivando, analisando e explorando novos conceitos, aptidões e métodos de investigação, catapultando para patamares mais elevados a excelência dos cuidados especializados em ER.

7. BIBLIOGRAFIA

Alcobia, A., Ferreira, R., Soares, M., & João Vítor Vieira. (2019). Enfermagem de reabilitação a pessoas idosas com andar comprometido. 8, 28-43.

Alice Martins Magalhães, Daniella Macedo Cerceau, Kiefer, K., Gabriela Vieira Oliveira, & Bárbara Batista Gomes. (2020). Assessment of balance, gait, lower limb strength and functionality in sarcopenic and non-sarcopenic elderlies. *Manual Therapy, Posturology & Rehabilitation Journal*, 18, 1-7. <https://doi.org/10.17784/mtprehabjournal.2020.18.807>

Alonso, A. C., Brech, G. C., Bourquin, A. M., & Greve, J. M. D. (2011). The influence of lower-limb dominance on postural balance. *Sao Paulo Medical Journal*, 129(6), 410-413. <https://doi.org/10.1590/s1516-31802011000600007>

Alves Faria, A. D. C., Pereira Da Silva Martins, M. M. F., Pimenta Lopes Ribeiro, O. M., & Pereira Gomes, B. (2020). Impacto de um programa de envelhecimento ativo no contexto comunitário: estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(S1), 36-41. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s1.4.5768>

Alves, G. dos S., Medeiros, A. P. de F., Silva, C. F. de L., Chalegre, P. E. S., Ribeiro, V. S., Oliveira, V. S. S., & Silvestre, Z. G. (2022). Malformação de Chiari tipo 1 associada a invaginação basilar tipo A: um relato de caso sob a perspectiva neurocirúrgica. *Jornal Memorial Da Medicina*, 3-3. <https://doi.org/10.37085/jmm.2022.ac.res3>

Alves, I., Maria, L., Santana, M., Paiva De Alencar, E., Iara, M., Araújo, A., & Fernandes, P. (2017). MALFORMAÇÃO DE ARNOLD-CHIARI: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA ARNOLD-CHIARI MALFORMATION: A BIBLIOGRAPHICAL REVIEW. *Journal of Medicine and Health Promotion*, 2(3), 661-669. <https://jmhp.fiponline.edu.br/pdf/cliente=13-9332b8fa3d6327d5b120e964bc86bc56.pdf>

Amaral, D. M. do, & Fernandes, L. (2023). Acidente Vascular Encefálico e uso da escala NIHSS. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 5(5), 774-785. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n5p774-785>

Andressa Silva Pereira, Santos, A., Rebeca Moreira Almeida, Ramon Martins Barbosa, & Carlos, A. (2021). EFEITOS DA REABILITAÇÃO VESTIBULAR NO EQUILÍBRIO POSTURAL EM IDOSOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA. *Seminário Estudantil de Produção Acadêmica*, 19(1).

Angelaki, D. E., & Cullen, K. E. (2008). Vestibular System: The Many Facets of a Multimodal Sense. *Annual Review of Neuroscience*, 31(1), 125-150.

<https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.31.060407.125555>

Araújo, C., & Cristina, V. (2022). Competência em Informação (CoInfo) como fator social de compreensão e inclusão ao mundo do trabalho sob as perspectivas de Guy Le Boterf e Christine Bruce: notas introdutórias, reflexões necessárias. *Perspectivas Em Ciência Da Informação*, 27(2), 268-296. <https://doi.org/10.1590/1981-5344/40063>

Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59-66. <http://hdl.handle.net/10362/95522>

Araújo, P., et al. (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* (pp. 164-233). Lidel.

Aued, G. K., Bernardino, E., Da Silva, O. B. M., Martins, M. M., Peres, A. M., & De Lima, L. S. (2021). Competências da enfermeira de ligação na alta hospitalar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42, e20200211. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200211>

Baixinho, C., Ferreira Ó., Marques M., Presado H., Cardoso M. & Sousa D. (2019).

Beatriz, M., Almeida, M., Ribeiro, R., Maciel, M., de F., Carolina, A., de J., & Lopes, J. (2022). Correlação entre funções executivas e independência funcional em indivíduos após acidente vascular encefálico. *Revista Brasileira de Health Review*, 5(5), 20588-20603. <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n5-225>

Berg, K. O., Wood-Dauphinee, S. L., Williams, J. I., & Maki, B. (1992). Measuring balance in the elderly: Validation of an instrument. *Canadian Journal of Public Health*, 83(Suppl 2), S7-S11. PMID: 1468055.

Borg, G. (1982). Psychophysical bases of perceived exertion. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 14(5). Obtido em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7154893/>

Branco, M. J. C., Lucas, A. P. M., Marques, R. M. D., & Sousa, P. P. (2020). The role of the nurse in caring for the critical patient with sepsis. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0031>

Brandt, T., & Strupp, M. (2005). General vestibular testing. *Clinical Neurophysiology*, 116(2), 406-426. <https://doi.org/10.1016/j.clinph.2004.08.009>

Cantante, A. P. da S. R., Fernandes, H. I. V. M., Teixeira, M. J., Frota, M. A., Rolim, K. M. C., & Albuquerque, F. H. S. (2020). Sistemas de Saúde e Competências do Enfermeiro em Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(1), 261-272. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27682019>

Carvalho, A. M. D. S., Pereira, C. S. C., Ribeiro, C., & Marques, G. (2020). Educação postural em crianças em idade escolar: Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Portuguesa de*

Enfermagem de Reabilitação, 3(2), 61-67. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.9.5812>

Carvalho, J., Pinto, J., & Mota, J. (2007). Actividade física, equilíbrio e medo de cair. Um estudo em idosos institucionalizados. *Revista Portuguesa de Ciências Do Desporto*, 2007(2), 225-231. <https://doi.org/10.5628/rpcd.07.02.225>

Castanheira Gil, A. C., Moreira Sousa, F. M., & Martins, M. M. (2020). Implementação de programa de Enfermagem de Reabilitação em idoso com fragilidade/síndrome de desuso - estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 27-35. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.5.5794>

Chatterjee, A., & Kachhwaha, R. (2023). An Experimental Study to Analyze the Efficacy of Backwards Gait Training on Balance and Weight Bearing Asymmetry on Sub-Acute Stroke Patient: *Indian Journal of Physiotherapy & Occupational Therapy*. *Indian Journal of Physiotherapy & Occupational Therapy*, 17(4), 13-18. <https://doi.org/10.37506/ijpot.v17i4.19999>

Chen, R., Guo, Y., Kuang, Y., & Zhang, Q. (2024). Effects of home-based exercise interventions on post-stroke depression: A systematic review and network meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 104698. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104698>

Clark, S., & Riley, M. A. (2006). Multisensory information for postural control: sway-referencing gain shapes center of pressure variability and temporal dynamics. *Experimental Brain Research*, 176(2), 299-310. <https://doi.org/10.1007/s00221-006-0620-6>

Coelho, C., et al. (2017). Reeducação da Função Sensoriomotora. In Marques-Vieira & Sousa (Ed.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da Vida*. Lusodidata. ISBN: 978-989-8075-73-4.

Conceição, P. A. S. da, Carvalho, P. S. L. S., & Gama, J. M. dos R. (2022). Qualidade de Vida e Sintomas Psicopatológicos: Definição de perfis após AVC. *Revista Neurociências*, 30, 1-30. <https://doi.org/10.34024/rnc.2022.v30.14001>

Correia, C., Barbosa, L., Rebelo, L., Alves, M., Pinho, N., & Magalhães, B. (2019). O Treino Propriocetivo e de Equilíbrio Postural no Idoso para a Prevenção de Quedas: Scoping Review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(1), 66-77. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.09.4573>

Costa, W. S. M. da, Silva, J. L. A. M. P., Souza, J. C. S. de, Ferreira, L. M. de B. M., & Ribeiro, K. M. O. B. de F. (2023). Fisioterapia vestibular na síndrome de Arnold-Chiari com uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF): relato de caso. *Acta Fisiátrica*, 30(1), 34-40. <https://doi.org/10.11606/issn.2317-0190.v30i1a193934>

Decreto-Lei n.º 63/2016. (2016) *Diário da República*, Série I, n.º 176 de 13 de setembro de 2016. Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. <https://files.dre.pt/1s/2016/09/17600/0315903191.pdf>

Decreto-Lei nº 161/1996. Diário da República Série I-A. 205 (04/09/1996). 2959-2962. [Consult. fev. 2024]. Obtido em: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html>.

Deliagina, T. G., Zelenin, P. V., & Orlovsky, G. N. (2012). Physiological and circuit mechanisms of postural control. *Current Opinion in Neurobiology*, 22(4), 646-652. <https://doi.org/10.1016/j.conb.2012.03.002>

Direção-Geral da Saúde. (2019). Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>

Faísca Salvado, H. D. J., Ferreira Raposo, S. C., Carneiro, A. I., Silva Fonseca, P. M., & Mota Sousa, L. M. (2018). Timed up and go test na pessoa com acidente vascular cerebral residente na comunidade. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(1), 61-67. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.08.4389>

Farias, M. S., Brito, L. L. M. de S., Santos, A. da S., Guedes, M. V. C., Da-Silva, L. de F., & Chaves, E. M. C. (2019). Reflections on knowledge, knowing-how and how to behave in nursing training. *Reme Revista Mineira de Enfermagem*, 23. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190055>

Feijó, G. M. da S., & Volmir dos Santos, R. (2020). Influência do tônus muscular na função do membro superior de indivíduos hemiparéticos. *Revista Neurociências*, 28, 1-20. <https://doi.org/10.34024/rnc.2020.v28.10911>

Fernandes, C. G. C., Ferreira, D. D., Furtado, D. B. da R., Hartmann, J., Winckler, J. L., Martins, M. I. M., & Marrone, L. C. P. (2021). Independência funcional após acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico em relação à fisiopatologia de acordo com TOAST. *Revista Brasileira de Neurologia*, 13-16. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1177695>

Fernandes, C. S., Gomes, J. A., Magalhães, B. M., & Novo Lima, A. M. (2019). Produção de conhecimento em enfermagem de reabilitação portuguesa - scoping review. *Journal Health NPEPS*, 4(1), 282-301. <https://doi.org/10.30681/252610103378>

Fernandes, J. B., Sá, M. C. L., & Nabais, A. S. C. (2020). INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO QUE PREVINEM A OCORRÊNCIA DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA: REVISÃO SCOPING. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 57-63. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.7.5761>

Fukada, M. (2018). Nursing competency: Definition, structure and development. *Acta Medica*, 61(1), 1-7. <https://doi.org/10.33160/yam.2018.03.001>

Garcia, S., Cunha, M., Mendes, E., Preto, L., & Novo, A. (2019). Impacto de um treino propriocetivo na capacidade funcional dos idosos. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(1), 102-107. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.12.4560>

Garcia, S., et al. (2021). Programa de treino de equilíbrio para pessoas idosas. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 494-508). Lidel.

Gil, A. W. de O., Silva, R. A. da, Oliveira, M. R. de, Carvalho, C. E., & Oliveira, D. A. de A. P. (2017). Comparação do controle postural em cinco tarefas de equilíbrio e a relação dos riscos de quedas entre idosas e adultas jovens. *Fisioterapia E Pesquisa*, 24(2), 120-126.
<https://doi.org/10.1590/1809-2950/15804424022017>

Godinho de Matos, M. de F., & Gonçalves Simões, J. A. (2020). Enfermagem de reabilitação na transição da pessoa com alteração motora por AVC: Revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 11-19.
<https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.2.5770>

Gomes, J., Soares, C. M., & Bule, M. José. (2019). Enfermagem de reabilitação na prevenção de quedas em idosos no domicílio. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(1), 11-17. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.02.4571>

Gonçalves, A. K., Hauser, E., Martins, V. F., Possamai, V. D., Griebler, E. M., Blessmann, E. J., & Teixeira, A. R. (2017). POSTURAL BALANCE PROGRAM: VARIABLES RELATED TO FALLS IN ELDERLY. *Journal of Physical Education*, 28(1). <https://doi.org/10.4025/jphyseduc.v28i1.2808>

Gonçalves, C., Bezerra, P., Clemente, F., Vila-Chã, C., Leão, C., Brandão, A., & Cancela, J. (2022). The relationship between static and dynamic balance in active young adults. *Human Movement*, 23(2), 65-75. <https://doi.org/10.5114/hm.2021.106165>

Hager, A.-G., Mathieu, N., Lenoble-Hoskovec, C., Swanenburg, J., de Bie, R., & Hilfiker, R. (2019). Effects of three home-based exercise programmes regarding falls, quality of life and exercise-adherence in older adults at risk of falling: Protocol for a randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-018-1021-y>

Hesbeen, W. (2002). *A Reabilitação. Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.

Horak, F. B. (2006). Postural Orientation and equilibrium: What Do We Need to Know about Neural Control of Balance to Prevent falls? *Age and Ageing*, 35(2), ii7-ii11.
<https://doi.org/10.1093/ageing/afl077>

Horak, F. B., Dimitrova, D., & Nutt, J. G. (2005). Direction-specific postural instability in subjects with Parkinson's disease. *Experimental Neurology*, 193(2), 504-521.
<https://doi.org/10.1016/j.expneurol.2004.12.008>

institucionalizados. Porto: Universidade do Porto.

International Council of Nurses. (2019). *Browser para a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 2019*. Obtido em <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

- Isabel, Germano Rodrigues Couto, Moreira, A., Gonçalves, C., Marques, M., & Pedro Lopes Ferreira. (2021). Versão portuguesa do Gugging Swallowing Screen. DOAJ (Directory of Open Access Journals). <https://doi.org/10.29352/mill0216.24585>
- Isotalo, E., Kapoula, Z., Feret, P.-H., Gauchon, K., Zamfirescu, F., & Gagey, P.-M. (2004). Monocular versus binocular vision in postural control. *Auris Nasus Larynx*, 31(1), 11-17. <https://doi.org/10.1016/j.anl.2003.10.001>
- Januário, & Amaral, C. (2022). Fisiologia do equilíbrio. *Revista Da Sociedade Portuguesa de Medicina Física E de Reabilitação*, 19(2), 31-37. <https://doi.org/10.25759/spmfr.42>
- Jin, L., Zhao, Y., Ye, T., He, Y., & Yao, L. (2024). Cognitive and emotional impairment in stroke survivors: Insights from a multi-center study on inpatient rehabilitation therapy. *Brain Injury* (London. Print), 1-7. <https://doi.org/10.1080/02699052.2024.2333398>
- Juliana Monteiro Monteiro, Daiane Silva Leite, Fábio Teixeira Monteiro, & Adeline Oliveira Soraya. (2018). Análise de equilíbrio e funcionalidade em indivíduos hemiparéticos pós-ave. *Caderno de Graduação - Ciências Biológicas E Da Saúde - UNIT - ALAGOAS*, 5(1), 103-103.
- Juodzbalienė, V., & Muckus, K. (2006). The influence of the degree of visual impairment on psychomotor reaction and equilibrium maintenance of adolescents. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 42(1), 49-56.
- Karuka, A. H., Silva, J. A. M. G., & Navega, M. T. (2011). Análise da concordância entre instrumentos de avaliação do equilíbrio corporal em idosos. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 15(6), 460-466. <https://doi.org/10.1590/s1413-35552011000600006>
- Leal, L. A., Camelo, S. H. H., Soares, M. I., Dos Santos, F. C., Correa, R., & Chaves, L. D. P. (2016). Competências profissionais para enfermeiros: A visão de discentes de graduação em enfermagem. *Revista Baiana de Enfermagem*, 30(3), 1-12. <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/16380>
- Leão, K. F., & Zanini, D. S. (2019). Desempenho cognitivo de indivíduos que sofreram acidente vascular encefálico. *Psicologia para América Latina*, (32), 119-131. Obtido em março de 2024, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2019000200004&lng=pt&tlng=pt.
- Lei n.º 15/2014, 21 de março de 2014. *Diário da República*, 1.ª Série, 57, 2127-2131. Obtido em <https://dre.pt/application/conteudo/571943>
- Lei n.º 156/2015, 16 de setembro de 2015. *Diário da República*, 1.ª Série, 181, 8059-8105. Obtido em <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>
- Lei n.º 95/2019, 4 de setembro de 2019. *Diário da República*, 1.ª Série, 169, 55-66. Obtido em

<https://dre.pt/application/conteudo/124417108>

Leopoldino, A. A. O., Araújo, I. T., Pires, J. C., Brito, T. R. de, Polese, J. C., Bastone, A. C., Lima, O. C. de O., & Schetino, L. P. L. (2020). Impacto de um programa de fortalecimento muscular dos membros inferiores no equilíbrio e na performance funcional de idosos institucionalizados: um estudo controlado e randomizado. *Acta Fisiátrica*, 27(3), 174-181.

<https://doi.org/10.11606/issn.2317-0190.v27i3a174188>

Limão, R. P. (2019, January 21). Efetividade de um programa de enfermagem de reabilitação no equilíbrio, marcha e independência funcional em idosos hospitalizados. Repositorio.ipv.pt.

<http://hdl.handle.net/10400.19/5562>

Liu, J., Wang, X. Q., Zheng, J. J., Pan, Y. J., Hua, Y. H., Zhao, S. M., Shen, L. Y., Fan, S., & Zhong, J. G. (2012). Effects of Tai Chi versus Proprioception Exercise Program on Neuromuscular Function of the Ankle in Elderly People: A Randomized Controlled Trial. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, 2012, 265486.

Louie, D., & Eng, J. (2018). Berg Balance Scale score at admission can predict walking suitable for community ambulation at discharge from inpatient stroke rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 50(1), 37-44. <https://doi.org/10.2340/16501977-2280>

Lusodidacta.pt - Editora de Livros, Enfermagem, Pediatria, Hospitalares. (n.d.).

Www.lusodidacta.pt. Retrieved April 28, 2023, from

http://www.lusodidacta.pt/index.php?page=shop.product_details&flypage=flypage.

Magalhães, D. M. C., Kiefer, K., Oliveira, G. V., & Gomes, B. B. (2020). Assessment of balance, gait, lower limb strength and functionality in sarcopenic and non-sarcopenic elderly. *Manual Therapy, Posturology & Rehabilitation Journal*, 18, 1-7.

<https://doi.org/10.17784/mtprehabjournal.2020.18.807>

Maki, B. E., & McIlroy, W. E. (2007). Cognitive demands and cortical control of human balance-recovery reactions. *Journal of Neural Transmission*, 114(10), 1279-1296.

<https://doi.org/10.1007/s00702-007-0764-y>

Mao, L., Wang, J., Li, Y., Zheng, J., Fan, D., Wei, S., Wu, X., Yang, X., & Wang, D. (2024). Risk factors for dysphagia in patients with acute and chronic ischemic stroke: A retrospective cohort study. *Heliyon*, 10(2), e24582-e24582. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e24582>

McLaughlin, E. C., El-Kotob, R., Chaput, J.-P., Janssen, I., Kho, M. E., Poitras, V. J., Ross, R., Ross-White, A., Saunders, T. J., Sherrington, C., & Giangregorio, L. M. (2020). Balance and functional training and health in adults: an overview of systematic reviews. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 45(10 (Suppl. 2)), S180-S196. <https://doi.org/10.1139/apnm-2020-0279>

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company

- Meleis, A., Sawyer, L., IM, E.-O., Messias, D., & Schumacher, K. (2010). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. In A. Meleis, *Transitions Theory* (pp. 52-65). New York: Springer Publishing Company.
- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC - Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Michaelsen, S. M., & Levin, M. F. (2004). Short-Term Effects of Practice With Trunk Restraint on Reaching Movements in Patients With Chronic Stroke. *Stroke*, 35(8), 1914-1919. <https://doi.org/10.1161/01.str.0000132569.33572.75>
- Moraes, D. da S. de, Xavier, G. S., Souza, M. S., Rabelo, V. S., & Filho, L. F. M. de S. (2023). INTERVENÇÕES MAIS PREVALENTES DA FISIOTERAPIA PARA PROMOVER EQUILÍBRIO POSTURAL EM IDOSOS. *Revista Brasileira de Reabilitação E Atividade Física*, 12(1), 36-46. <https://estacio.periodicoscientificos.com.br/index.php/rbraf/article/view/2026>
- Moraes, D. da S. de, Xavier, G. S., Souza, M. S., Rabelo, V. S., & Filho, L. F. M. de S. (2023). INTERVENÇÕES MAIS PREVALENTES DA FISIOTERAPIA PARA PROMOVER EQUILÍBRIO POSTURAL EM IDOSOS. *Revista Brasileira de Reabilitação E Atividade Física*, 12(1), 36-46. <https://estacio.periodicoscientificos.com.br/index.php/rbraf/article/view/2026>
- Moraes, M. de A., Jesus, P. A. P. de, Muniz, L. S., Costa, G. A., Pereira, L. V., Nascimento, L. M., Teles, C. A. de S., Baccin, C. A., & Mussi, F. C. (2023). Mortalidade por acidente vascular cerebral isquêmico e tempo de chegada a hospital: Análise dos primeiros 90 dias. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 57. <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2022-0309pt>
- Nascimento, M., Appell, I. C., & Coriolano, H.-J. A. (2012). Teste de equilíbrio corporal (TEC) para idosos independentes. *Revista Portuguesa de Ciências Do Desporto*, 12(2), 71-81. <https://doi.org/10.5628/rpcd.12.02.71>
- Nunes, L. M. (2016). Os limites ao agir ética no dia-a-dia do enfermeiro. *Servir*, 59(2), 8-17
- Oh, Y. (2024). Data augmentation techniques for accurate action classification in stroke patients with hemiparesis. *Sensors (Basel)*, 24(5), 1618-1618. <https://doi.org/10.3390/s24051618>
- Oliveira, A., Silva, A., Sá, N., & Brandão, S. (2020). Consulta de enfermagem de reabilitação ao doente pós evento cerebrovascular: Que desvios encontrados ao plano delineado à alta pelo enfermeiro de reabilitação? *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 5-13. <https://doi.org/10.33194/10.33194/rper.2020.v3.n1.1.4579>
- Oliveira, M., Costa, K., & Ricardo Oliveira Guerra. (2007). Instrumentos de avaliação do equilíbrio corporal em idosos. 9(4).
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Divulgar: padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual, enunciados descritivos*.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5154/repe_estatuto2016_versao03-05-17.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018). Assembleia do colégio da especialidade de Enfermagem de Reabilitação: Padrões de Qualidade Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Lisboa. Portugal: Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Obtido em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boas Práticas – Cuidados à Pessoa com alteração da mobilidade. Cadernos OE, 1(7). Obtido em

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8897/gobp_mobilidade_vf_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Deontologia profissional de enfermagem. Lisboa: Author.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2016). Enfermagem de Reabilitação – Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Obtido em

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9811/docinstrurecolhadadosenfereabilita%C3%A7%C3%A3o_vf.pdf

Orem, D. E. (2001). Nursing Concepts of Practice (6th ed.). Mosby.

Organização Mundial de Saúde. (2004). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Obtido em:

<https://catalogo.inr.pt/documents/11257/0/CIF+2004>

Pais, L. P. C. (2020). Comparação da eficácia de dois protocolos de exercício na melhoria do equilíbrio em indivíduos adultos saudáveis. Comum.rcaap.pt.

<http://hdl.handle.net/10400.26/33009>

Park, E. J. (2022). Effects of Compression Stockings on Body Balance in Hemiplegic Patients with Subacute Stroke. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(23), 16212. <https://doi.org/10.3390/ijerph192316212>

Patti, A., Fischetti, F., Sahin, F. N., & Bianco, A. (2023). Editorial: Postural control, exercise physiology and the balance training—type of exercises, mechanisms and insights. Frontiers in Physiology, 14. <https://doi.org/10.3389/fphys.2023.1149733>

Pereira, L. G., Borges, A. de O., França, G. L. M. de, & Vasconcelos, A. C. (2021). Malformação de Chiari: Relato de caso. Research, Society and Development, 10(7), e3310716202.

<https://doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16202>

Pereira, M., Filipe, Gonçalves, L., Inês, M., & Lúcia, F. (2023). Programa de Enfermagem de Reabilitação na pessoa com Deglutição Comprometida em contexto de AVC: Estudo Exploratório. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(1), e265–e265.
<https://doi.org/10.33194/rper.2023.265>

Peterka, R. J. (2018). Sensory integration for human balance control. *Handbook of clinical neurology*, 159, 27-42.

Petiz, M. F. (2002). A actividade física, equilíbrio e quedas: um estudo em idosos.

Pimenta, E. C. (2019). Recuperar a expressão facial após parésia facial central. *Revista Ibero-Americana de Saúde E Envelhecimento*, 5(1), 1691.
[https://doi.org/10.24902/r.riase.2019.5\(1\).1691](https://doi.org/10.24902/r.riase.2019.5(1).1691)

Pires, R., Martins, M. M., Gomes, B., Monteiro, C., & Ribeiro, O. (2019). Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação na mobilidade da pessoa idosa institucionalizada – Programa TEIA. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(1), 90–101.
<https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.11.4557>

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2017). Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde. Obtido de <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-892489-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547>

Ramos, J. M., & Soraia da Silva, S. (2023). Exercício físico e a neuroplasticidade encefálica em paciente pós-acidente vascular encefálico isquêmico: Um estudo de caso. *Revista Da Associação Brasileira de Atividade Motora Adaptada*, 23(2), 211–232.
<https://doi.org/10.36311/2674-8681.2022.v23n2.p211-232>

Regulamento n.º 350/2015. (22 de junho de 2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República* 2.ª série, nº 119, 16655-16660. Ordem dos Enfermeiros. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf

Regulamento n.º 392/2019. (3 de maio de 2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, 2.ª série, nº 85, 13565 - 13568. Ordem dos Enfermeiros. Obtido de *Diário da República*:
<https://files.dre.pt/2s/2019/05/085000000/1356513568.pdf>

Regulamento n.º 743/2019. (25 de setembro de 2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República*, 128 - 155. Ordem dos Enfermeiros. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Regulamento nº 140/2019. (6 de fevereiro de 2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª série — nº 26, 4744- 4750. Ordem dos Enfermeiros. Obtido de <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

Regulamento nº101/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República, nº 48, Série II de 10/03/2015.

https://www-ordemenfermeiros-pt.webpkgcache.com/doc/-/s/www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_101_2015_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.pdf

Ribeiro, F., & Oliveira, J. (2010). Effect of physical exercise and age on knee joint position sense. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 51(1), 64-67.

Ribeiro, M. B. N., Mancini, P. C., & Bicalho, M. A. C. (2023). Efetividade da reabilitação vestibular no equilíbrio, tontura, funcionalidade e sintomas depressivos em idosos. *Audiology - Communication Research*, 28. <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2022-2750pt>

Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas*. Lisboa: Lidel.

Ribeiro, O. M. P. L., Martins, M. M. F. P. da S., Tronchin, D. M. R., & Forte, E. C. N. (2018). The perspective of Portuguese nurses on nursing metaparadigmatic concepts. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 27(2). <https://doi.org/10.1590/0104-070720180003970016>

Ribeiro, O., et al. (2021). Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 48-57). Lidel.

Ribeiro, S., & Mendonça, S. (2023). Assistência de enfermagem em pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. *Brazilian Journal of Development*, 9(6), 19204-19217. <https://doi.org/10.34117/bjdv9n6-034>

Rinaudo, C. N., Schubert, M. C., Figtree, W., Todd, C. J., & Migliaccio, A. A. (2019). Human vestibulo-ocular reflex adaptation is frequency selective. *Journal of Neurophysiology*, 122(3), 984-993.

Roaldsen, M. B., Lindekleiv, H., & Mathiesen, E. B. (2021). Intravenous thrombolytic treatment and endovascular thrombectomy for ischaemic wake-up stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021(12). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd010995.pub3>

Rocha, I. de, Martin Bravo, M. F., Mota Sousa, L. M., Nunes Mesquita, A. C., & Carlos Pestana, H. C. F. (2020). Intervenção do enfermeiro de reabilitação no ganho de equilíbrio postural na pessoa após acidente vascular cerebral: estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(S1), 5-17. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s1.1.5755>

Rosendo, S. da S., Corrêa, S. V. P., & Inhoti, P. A. (2022). PREVALÊNCIA DE LESÕES

MUSCULOESQUELÉTICAS EM ATLETAS DE HANDEBOL NA CIDADE DE FLORAI-PR. Coletânea de Trabalhos de Conclusão de Curso de Graduação Em Fisioterapia, 1(1).

<http://revista.famma.br/index.php/ctfisio/article/view/146/125>

Rossato, C. E., Cuozzo Lemos, L. F., Teixeira, C. S., Pranke, G. I., & Mota, C. B. (2013).

Propriocepção no esporte: uma revisão sobre a prevenção e recuperação de lesões desportivas. Saúde (Santa Maria), 39(2). <https://doi.org/10.5902/223658346476>

Roxa, G. N., Amorim, A. R. V., Caldas, G. R. F., Ferreira, A. dos S. H., Rodrigues, F. E. de A., Gonçalves, M. O. S. S., Santana, T. B., & Silva, C. R. L. da. (2021). Perfil epidemiológico dos pacientes acometidos com AVC isquêmico submetidos a terapia trombolítica: Uma revisão integrativa / Epidemiological profile of patients affected with ischemic stroke subject to thrombolytic therapy: An integrative review. Brazilian Journal of Development, 7(1), 7341-7351.

<https://doi.org/10.34117/bjdv7n1-496>

Sai, N., None Saravan Kumar.J, & None Rekha.K. (2024). Comparing the Effect of Proprioceptive Neuromuscular Facilitation (PNF) Exercise and Focused Regimen Program to Assess Balance and Quality of Life for Acute Stroke Rehabilitation. Indian Journal of Physiotherapy and Occupational Therapy—an International Journal, 18, 794-799. <https://doi.org/10.37506/82spf918>

Sales, R. S., Moraes, M. de A., Muniz, L. S., Jesus, P. A. de, Ribeiro, L. S., & Mussi, F. C. (2023). Fatores associados a incapacidade funcional após acidente vascular cerebral isquêmico. Acta Paulista de Enfermagem, 37, eAPE00601. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2024AO000601>

Santos, E., Videira, J., Faria Da Silva, L., Kreuka, M., & Bini, I. (2021). Efeitos da facilitação neuromuscular proprioceptiva na melhora do equilíbrio de pacientes acometidos por AVC: Uma revisão de literatura. Vitrine Prod. Acad, 9.

<https://www.unidombosco.edu.br/revistas/index.php/vitrine/article/download/122/132>

Santos, J. M., Prata, A. P., Cunha, I. C. K. O., & Reis Santos, M. (2021). Independência no autocuidado nos doentes com acidente vascular cerebral: Contribuição da enfermagem de reabilitação. Enfermagem Em Foco, 12(2).

<https://doi.org/10.21675/2357-707x.2021.v12.n2.4180>

Santos, N. S. B. dos, & Anjos, J. L. M. dos. (2021). Associação entre a gravidade do AVC, equilíbrio e mobilidade funcional em pacientes trombolisados. Revista Neurociências, 29, 1-19. <https://doi.org/10.34024/rnc.2021.v29.11868>

Saraiva, J., Rosa, G., Fernandes, S., & Fernandes, J. B. (2023). Current Trends in Balance Rehabilitation for Stroke Survivors: A Scoping Review of Experimental Studies. International Journal of Environmental Research and Public Health, 20(19), 6829.

<https://doi.org/10.3390/ijerph20196829>

Ścisło, L., Staszkieicz, M., Walewska, E., Paplaczky-Serednicka, M., Bodys-Cupak, I., & Zawieja,

- P. (2024). Factors determining the functional efficiency of patients after ischemic stroke after neurological rehabilitation. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 17, 959–969. <https://doi.org/10.2147/jmdh.s444049>
- Silva, E. C., & Oliveira, A. C. D. (2023). Pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação e a atuação do enfermeiro. *Revista Saúde Dos Vales*, 1(1). Obtido de <https://revista.unipacto.com.br/index.php/rsv/article/view/248>
- Silva, J. G. A. da, Sobral, S. L. S., & Silva, S. S. B. da. (2020). Ataxias espinocerebelares: quais as repercussões quanto a prática do exercício físico? *Repositorio.asc.es.edu.br*. <http://repositorio.asc.es.edu.br/handle/123456789/2950>
- Silveira, J. C. C. da, Costa, V. da S., Clementino, T. C. A., Campos, T. F., & Melo, L. P. de. (2017). Função motora melhora em pacientes pós-acidente vascular cerebral submetidos à terapia espelho. *Revista de Terapia Ocupacional Da Universidade de São Paulo*, 28(3), 333–339. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v28i3p333-339>
- Sousa, L., Martins, M. M., & Novo, A. (2020). A enfermagem de reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa 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>
- Szymanski, P., Darella Lorenzin Fernandes Neto, I. M., Gabriel Bitencourt, L., & dos Santos Moreira, C. F. (2021). Trombólise Endovenosa em Acidente Vascular Cerebral isquêmico: Uma revisão de literatura. *Revista Neurociências*, 29. <https://doi.org/10.34024/rnc.2021.v29.11637>
- Teasell, R., Salbach, N. M., Foley, N., Mountain, A., Cameron, J. I., Jong, A. de, Acerra, N. E., Bastasi, D., Carter, S. L., Fung, J., Halabi, M.-L., Iruthayarajah, J., Harris, J., Kim, E., Noland, A., Pooyania, S., Rochette, A., Stack, B. D., Symcox, E., & Timpson, D. (2020). Canadian stroke best practice recommendations: Rehabilitation, recovery, and community participation following stroke. Part one: Rehabilitation and recovery following stroke; 6th edition update 2019. *International Journal of Stroke*, 15(7), 174749301989784. <https://doi.org/10.1177/1747493019897843>
- Teixeira Santos, J., Silva Campos, C. M., & Martins, M. M. (2020). A pessoa com AVC em processo de reabilitação: ganhos com a intervenção dos enfermeiros de reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 36–43. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.6.5799>
- Teixeira, A. E. (2021, December 7). Percepção da autoeficácia e equilíbrio: Um estudo descritivo e correlacional em clientes da RRCCI na RAM. *Comum.rcaap.pt*. <http://hdl.handle.net/10400.26/39398>
- Transferir conhecimento para a clínica—passo-a-passo: resultados do projeto transição segura. A prática na Investigação Qualitativa: exemplos de estudos, 3, (pp. 87-104). Disponível em https://ciaiq.org/wpcontent/uploads/2019/03/PainelDiscussao4_CIAIQ2019_TransConhecimento

para Clinica_PT_ESEL.pdf

Visser, J. E., & Bloem, B. R. (2005). Role of the Basal Ganglia in Balance Control. *Neural Plasticity*, 12(2-3), 161-174. <https://doi.org/10.1155/np.2005.161>

Wu, Z., Zeng, M., Li, C., Qiu, H., Feng, H., Xu, X., Zhang, H., & Wu, J. (2019). Time-dependence of NIHSS in predicting functional outcome of patients with acute ischemic stroke treated with intravenous thrombolysis. *Postgraduate Medical Journal*, 95(1122), 181-186. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2019-136398>

Yang, R., & Pepper, G. A. (2020). Is fall self-efficacy an independent predictor of recurrent fall events in older adults? Evidence from a 1-year prospective study. *Research in Nursing & Health*, 43(6), 602-609. <https://doi.org/10.1002/nur.22084>

Yang, X. J., Hill, K., Moore, K., Williams, S., Dowson, L., Borschmann, K., Simpson, J. A., & Dharmage, S. C. (2011). Effectiveness of a targeted exercise intervention in reversing older people's mild balance dysfunction: A randomized controlled trial. *Physical Therapy*, 92(1), 24-37. <https://doi.org/10.2522/ptj.20100289>

Zampogna, A., Mileti, I., Palermo, E., Celletti, C., Paoloni, M., Manoni, A., Mazzetta, I., Dalla Costa, G., Pérez-López, C., Camerota, F., Leocani, L., Cabestany, J., Irrera, F., & Suppa, A. (2020). Fifteen Years of Wireless Sensors for Balance Assessment in Neurological Disorders. *Sensors*, 20(11), 3247. <https://doi.org/10.3390/s20113247>

8. ANEXOS

Anexo I

Na posição de deitado







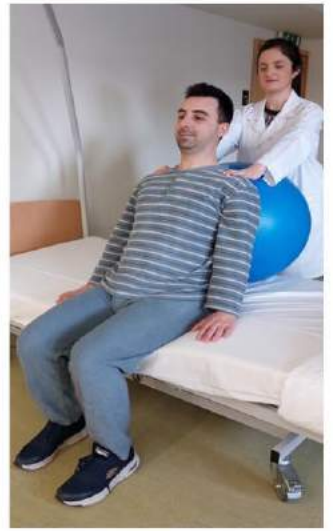
Anexo II

Na posição de sentado (na cama)









Anexo III

Na posição de sentado (na cadeira)



Anexo IV

Na posição de pé (com apoio)



Anexo V

Na posição de pé









Anexo VI

Na posição de sentado (na bola)









Anexo VII

Na posição de pé (na tábua de Freeman)





Anexo VIII

A andar



Anexo IX

A andar (em tapete sensorial)



A andar e a contornar obstáculos



Anexo X

A andar com dupla tarefa



Anexo XI

A subir e descer escadas

