



EGAS MONIZ SCHOOL  
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
EGAS MONIZ

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE  
REABILITAÇÃO**

Relatório de Estágio

**A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM  
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PESSOA COM  
INCONTINÊNCIA APÓS ACIDENTE VASCULAR  
CEREBRAL**

***THE INTERVENTION OF THE SPECIALIST NURSE IN  
REHABILITATION IN THE PERSON WITH  
INCONTINENCE AFTER STROKE***

**Joana Raquel Oliveira Coelho**

**Almada**

**2025**

**MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

Relatório de Estágio

**A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM  
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PESSOA COM  
INCONTINÊNCIA APÓS ACIDENTE VASCULAR  
CEREBRAL**

***THE INTERVENTION OF THE SPECIALIST NURSE IN  
REHABILITATION IN THE PERSON WITH  
INCONTINENCE AFTER STROKE***

**Joana Raquel Oliveira Coelho**

**Orientador: Mestre Gonçalo Rosa**

**Almada**

**2025**

Não contempla as alterações resultantes das provas de discussão  
pública



***"A melhor maneira de ser feliz é contribuir para a felicidade dos outros."***

**Robert Baden-Powell (s.d., in Last Message)**

**Aos meus Pais e ao Hélder, pelo apoio e amor incondicional.**

## AGRADECIMENTOS

A realização deste mestrado foi um caminho desafiante, mas gratificante, e não teria sido possível sem o apoio de várias pessoas a quem sou profundamente grata.

Primeiramente, agradeço aos meus pais pelo amor incondicional, apoio e incentivo em todos os momentos da minha vida. Vocês foram a minha base e fonte de inspiração, e este relatório é também resultado do vosso esforço e dedicação.

Ao Hélder, o meu marido, obrigado pelo carinho, paciência e compreensão durante esta jornada. O teu apoio e suporte emocional foram fundamentais para que eu pudesse superar os desafios e continuar a avançar.

Ao meu orientador do mestrado, Mestre Gonçalo Rosa, agradeço pela orientação, conhecimento partilhado e pelos conselhos valiosos ao longo do percurso. A sua dedicação e compromisso foram essenciais para o sucesso do mesmo.

Às Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Reabilitação que foram minhas orientadoras de estágio, muito obrigada pela supervisão e pelos ensinamentos teóricos e práticos que enriqueceram a minha formação. A vossa experiência e apoio foram determinantes para o meu desenvolvimento profissional.

Aos meus amigos, pelo companheirismo, pela compreensão nos momentos de ausência, pelas palavras de incentivo e pelos momentos de descontração que me ajudaram a manter o equilíbrio durante esta caminhada.

Aos colegas do serviço e chefia, agradeço pela colaboração e apoio durante este período. O vosso entendimento e suporte permitiram-me conciliar as exigências do trabalho com as do mestrado.

Aos colegas do curso de mestrado, principalmente à Célia, Elizabete e Marlene, pelo espírito de entreaajuda, pelo suporte que demos umas às outras nesta caminhada, pelo companheirismo ao longo de todos os trabalhos de grupo, e pela vossa amizade que ajudou a tornar as coisas mais simples.

Finalmente, às pessoas e famílias com quem intervimos, cuja interação, motivação, disponibilidade e feedback foram valiosos para a realização deste percurso.

A todos, o meu sincero agradecimento. Este trabalho é fruto de um esforço conjunto e a todos vocês dedico esta conquista.

## **DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE**

Declaro ter atuado com integridade ao lavrar o presente trabalho académico, e confirmo não ter recorrido à prática de plágio, nem a qualquer outra forma de utilização indevida ou falsificação de informações, em nenhuma das etapas conducentes à sua elaboração. Declaro ainda que tenho conhecimento, e respeito, o Código de Conduta Ética da Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

Joana Raquel Oliveira Coelho



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AIT - Acidente Isquémico Transitório

APA - American Psychological Association

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD - Atividades de Vida Diárias

CDE - Código Deontológico dos Enfermeiros

DGS – Direção Geral de Saúde

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE - Enfermeiro Especialista

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

GUSS - Gugging Swallowing Test

ICS - International Continence Society

MCEER - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

MIF - Medida de Independência Funcional

MPP - Músculos do Pavimento Pélvico

MPP - Músculos do Pavimento Pélvico

NIHSS - National Institutes of Health Stroke Scale

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RFM - Reeducação Funcional Motora

RFR - Reeducação Funcional Respiratória

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SCAMP - Structured Urinary Continence Assessment and Management Plan

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UMDR - Unidade de Média Duração e Reabilitação

VVS-T - Volume, Viscosity and Swallow Teste

WSO – World Stroke Organization

## RESUMO

O acidente vascular cerebral é a segunda causa de morte e a principal causa de morbidade e incapacidade a nível mundial. Em Portugal as doenças cardiovasculares, nomeadamente a doença isquémica cardíaca e as doenças cérebro vasculares, constituem a principal causa de morte, sendo também uma das principais causas de morbidade e incapacidade, reduzindo a qualidade de vida das pessoas. Esta realidade, em Portugal, reflete-se também no aumento da sobrecarga para os cuidados de saúde.

O acidente vascular cerebral tem inúmeras alterações para a pessoa em todas as suas dimensões sendo a incontinência uma das complicações frequentes. A incontinência causa um grande impacto na qualidade de vida da pessoa, levando frequentemente a depressão, ansiedade e isolamento social, e está associada a níveis mais elevados de mortalidade e morbidade, sendo também reconhecida como uma das principais causas que levam à institucionalização de idosos, devido ao aumento do grau de dependência destas pessoas. Procurou-se refletir de que forma a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação pode promover a continência na pessoa com incontinência após acidente vascular cerebral. Qualquer uma das manifestações clínicas do AVC irá afetar a funcionalidade e a independência do indivíduo, sendo por isso crucial a intervenção do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação.

Foram definidos objetivos com a finalidade de desenvolver as competências, comuns e específicas, preconizadas para o Enfermeiro Especialista e para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, em articulação com os descritores de Dublin para o 2º Ciclo de estudos (para obtenção do grau de mestre); e, também, dar resposta à problemática em estudo, com base na análise e reflexão das atividades desenvolvidas em contexto de estágio, adotando a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem como referencial teórico. Foi elaborada uma revisão *Scoping*, segundo a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute*, até à tabela de extração de dados.

Com base na revisão efetuada, depreende-se que a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na reabilitação da pessoa com incontinência, após acidente vascular cerebral, manifesta-se em ganhos de saúde, uma vez que promovem a qualidade de vida e independência funcional da pessoa. A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação deverá centrar-se, maioritariamente, em intervenções comportamentais uma vez que são de cariz autónomo e têm como objetivo reduzir o número e a intensidade da ocorrência de



episódios de incontinência e não condicionam a realização de outros tratamentos, e enquadram-se na primeira linha de tratamentos à pessoa com incontinência.

**Palavras-Chave:** Acidente Vascular Cerebral; Incontinência; Enfermagem de Reabilitação; Autocuidado.

## ABSTRACT

Stroke is the second most common cause of death and the main cause of morbidity and disability worldwide. In Portugal, cardiovascular diseases, namely ischemic heart disease and cerebrovascular diseases, are the main cause of death, and are also one of the main causes of morbidity and disability, reducing people's quality of life. This reality, in Portugal, is also reflected in the increase in the burden on health care.

A stroke has numerous changes for the person in all its dimensions, with incontinence being one of the frequent complications. Incontinence causes a great impact on the person's quality of life, often leading to depression, anxiety, and social isolation, and is associated with higher levels of mortality and morbidity and is also recognized as one of the main causes that lead to the institutionalization of the elderly, due to the increased degree of dependency of these people. We tried to reflect on how the intervention of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing can promote continence in people with incontinence after stroke. Any of the clinical manifestations of stroke will affect the functionality and independence of the individual, which is why the intervention of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing is crucial.

Objectives were defined in order to develop the competences, common and specific, recommended for the Specialist Nurse and the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing, in articulation with the Dublin descriptors for the 2nd Cycle of studies (to obtain the master's degree ); and, also, to respond to the problem under study, based on the analysis and reflection of the activities developed in the internship context, adopting Dorothea Orem's Theory of Self-Care as a theoretical reference. A Scoping review was prepared, according to the methodology proposed by the Joanna Briggs Institute, up to the data extraction table.

Based on the review carried out, it appears that the intervention of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing in the rehabilitation of the person with incontinence, after a stroke, manifests itself in health gains, since they not only promote quality of life but also functionally independence of people. The intervention of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing should mainly focus on behavioural interventions since they are autonomous in nature and aim to reduce the number and intensity of the occurrence of incontinence episodes and do not condition the performance of other treatments and fall within in the first line of treatments for people with incontinence.

**Keywords:** Stroke; Incontinence; Rehabilitation Nursing; Self-care.

## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	7
2.1. A PESSOA EM SITUAÇÃO DE AVC.....	7
2.2. A INTERVENÇÃO DO EEER PERANTE A PESSOA COM INCONTINÊNCIA.....	9
2.3. UTILIZAÇÃO DO QUADRO DE REFERÊNCIA EM ENFERMAGEM.....	14
3. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO .....	18
3.1. DESCRIÇÃO, ANÁLISE E REFLEXÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS..	20
3.1.1. Desenvolver uma prática profissional autónoma, garantindo o respeito pelos direitos humanos, fundamentada por valores éticos e deontológicos.....	20
3.1.2. Desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua dos locais de estágio .....	22
3.1.3. Desenvolver competências comuns do EE na área da conceção, gestão e supervisão de cuidados .....	26
3.1.4. Integrar e colaborar com a equipa multidisciplinar no desenvolvimento de estratégias ou programa de reabilitação no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa com incontinência após AVC.....	28
3.1.5. Desenvolver uma prática especializada baseada na evidência científica, ampliando conhecimentos nos domínios científico, técnico e humano na área da reabilitação à pessoa com incontinência após AVC.....	31
3.1.6. Potenciar a funcionalidade da pessoa com incontinência, após AVC, promovendo um ambiente terapêutico para a pessoa e família, nos vários contextos de estágio .....	33
3.1.7. Desenvolver estratégias de autoconhecimento e assertividade, que facilitem o relacionamento com a pessoa, família e equipa multidisciplinar .....	35
3.1.8. Identificar as situações de incontinência após AVC que requerem intervenção do EEER..	37
3.1.9. Elaborar, implementar e avaliar os programas de reabilitação, aplicados à pessoa e família com alterações do foro sensorial-motor/neurológico, tendo em vista a promoção do autocuidado, visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida .....	40
3.1.10. Capacitar a pessoa com incontinência, após AVC, elaborando planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado, desenvolvendo com ela as suas capacidades físicas, mentais e cognitivas por meio do treino sensorial-motor e reeducação funcional .....	44
3.1.11. Aplicar programas de reabilitação, baseados em intervenções autónomas do EEER, na pessoa com incontinência após AVC.....	49



4. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	53
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
6. APÊNDICES .....	
APÊNDICE 6.1. Projeto de Estágio .....	
APÊNDICE 6.2. Estudo de Caso 1 – Serviço de Neurologia.....	
APÊNDICE 6.3. Estudo de Caso 2 – Unidade da RNCCI.....	
APÊNDICE 6.4. Protocolo de Revisão Scoping.....	
APÊNDICE 6.5. Plano de Sessão de Formação – Envelhecimento Ativo .....	
APÊNDICE 6.6. Apresentação da Sessão de Formação - Envelhecimento Ativo .....	
APÊNDICE 6.7. Folheto Informativo - Envelhecimento Ativo.....	
APÊNDICE 6.8. Folheto – O Seu Diário Miccional.....	
APÊNDICE 6.9. Folheto Informativo – Cateterismo Vesical Intermitente .....	
APÊNDICE 6.10. Folheto Informativo - Ajudas Técnicas para Atividades de Vida Diárias .....	
APÊNDICE 6.11. Plano de Sessão de Formação – Transferências .....	
APÊNDICE 6.12. Folhetos Informativos – Projeto Mochila às Costas .....	
APÊNDICE 6.13. Dinâmica “Quantos Queres?” - Projeto Mochila às Costas .....	
APÊNDICE 6.14. Poster divulgado nas IV Jornadas Científicas da Egas Moniz School of Health & Science - “A intervenção do EEER na pessoa com incontinência após AVC” .....	
APÊNDICE 6.15. Fotografias do Projeto “Exercit(a)mente” .....	
7. ANEXOS .....	
ANEXO 7.1. Certificado de participação - Módulo “ <i>Stroke and Incontinence</i> ” da <i>Continence Foundation of Australia</i> .....	
ANEXO 7.2 Fotografias do “Dia do Idoso” (colaboração na dinamização).....	

## 1. INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio surge no âmbito da unidade curricular Estágio e Relatório, inserida no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde da Egas Moniz School of Health & Science, tendo como objetivo a descrição e análise das atividades desenvolvidas que possibilitaram o desenvolvimento e aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), de uma forma crítico-reflexiva, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), e de competências inerentes à atribuição do grau de mestre, de acordo com os descritores de Dublin de 2º ciclo (European Frameworks for Qualifications, 2005).

A escolha da temática, aquando da criação do projeto de estágio (APÊNDICE 6.1.), tem como base o meu interesse pessoal/profissional sobre as doenças neurológicas, nomeadamente sobre o Acidente Vascular Cerebral (AVC), pelo predomínio deste diagnóstico no meu contexto profissional, e pela pouca abordagem da incontinência após AVC, levando ao declínio funcional da pessoa e aumento da dependência, sendo uma área a potencializar no meu local de trabalho. A importância da temática enquadra-se também numa das áreas de investigação, definida como prioritária pela Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, mais especificamente as “intervenções autónomas do enfermeiro de reabilitação na função eliminação intestinal e vesical” (OE, 2015).

O AVC é a segunda causa de morte e a principal causa de morbilidade e incapacidade a nível mundial ([OMS], 2020). Em Portugal as doenças cardiovasculares, nomeadamente a Doença Isquémica Cardíaca e as Doenças Cérebro Vasculares, constituem a principal causa de morte (29,7 %), sendo também uma das principais causas de morbilidade e incapacidade, reduzindo a qualidade de vida das pessoas. Esta realidade, em Portugal, reflete-se também no aumento da sobrecarga para os cuidados de saúde ([DGS], 2017; [WSO], 2022).

O AVC é definido como um comprometimento neurológico focal, que ocorre subitamente, com duração superior a 24 horas e de provável origem vascular, podendo mesmo causar a morte. Pode ser classificado com isquémico ou hemorrágico. O AVC de origem isquémica é caracterizado por uma oclusão súbita de artérias que irrigam o cérebro, devido a um trombo localmente formado ou por um trombo que se formou noutra local e se deslocou através da circulação. O AVC de origem hemorrágica é

caracterizado pela ocorrência de hemorragia, existindo ruptura de uma das artérias cerebrais, subdividindo-se em:

- hemorragia intracerebral: se ocorrer no tecido cerebral;
- hemorragia subaracnoideia: se surgir entre as duas meninges (pia-máter e aracnoide) (OMS, 2005; Monahan et al., 2010; VanPutte, et al., 2014; Menoita, 2014).

Existem inúmeras alterações para a pessoa, que sofreu um AVC, em todas as suas dimensões, no entanto pela apresentação clínica mais inespecífica, mas ainda assim comum no AVC, é importante mencionar as alterações intestinais e vesicais (polaquiúria, urgência urinária e incontinência), que são mais impactantes nos primeiros dias após o AVC, mas apresentam um elevado potencial de reeducação (Monahan et al., 2010).

A continência urinária ocorre quando o mecanismo de coordenação nervosa da micção (contração/relaxamento) está em consonância com o centro de controlo cortical (no tronco cerebral e no lobo frontal). O lobo frontal é responsável pela área motora do detrusor, logo é responsável por transmitir a informação de inibição (quando a pessoa não quer urinar), permitindo o relaxamento do detrusor e a contração de esfíncteres (continência urinária). As artérias cerebrais anterior e média, irrigam a área motora do detrusor (lobo frontal), deste modo ao ocorrer um AVC num destes vasos, a probabilidade de ocorrer incontinência urinária é elevada, pois ocorre uma desconexão entre o córtex cerebral e a ponte, perdendo-se a capacidade de inibir o reflexo miccional, e a micção ocorre coordenada, sem dissinergias (Hoeman, 2011; VanPutte, et al., 2014; Bhalla & Birns, 2015).

A incontinência urinária é definida como qualquer perda involuntária de urina, demonstrada de forma objetiva e que constitua um problema de higiene ou problema social (Monahan et al., 2010; [ICS], 2017; D'Ancona, et al., 2021; DGS, 2016). Pode ser classificada como aguda, ocorrendo em pessoas previamente continentas ou ser exacerbada por uma doença aguda ou transitória tratável; ou crónica, sendo um tipo de incontinência insidiosa e pode permanecer durante meses ou anos, até a pessoa procurar ajuda (ICS, 2017; D'Ancona, et al., 2021; DGS, 2016; Dias, et al., 2018; Hoeman, 2011; Monahan et al., 2010, Bhalla & Birns, 2015). A incontinência urinária é uma das consequências do AVC mais comum e disruptiva, ocorrendo porque este pode causar lesões/alterações estruturais no córtex cerebral, responsáveis pelo controlo da micção,

comprometendo o sistema urinário inferior (Monahan et al., 2010; Leandro et al., 2015; Bhalla & Birns, 2015).

A continência intestinal é mantida através da interação entre complexo esfíncteriano, consistência e volume das fezes, capacidade de armazenamento retal e função neurológica. A função cognitiva, o trânsito cólico e a integridade estrutural e funcional do pavimento pélvico, são outros fatores relevantes para a manutenção da continência intestinal (Monahan et al., 2010; Hoeman, 2011; VanPutte, et al., 2014).

A incontinência intestinal é caracterizada como qualquer perda involuntária de fezes e/ou flatos e/ou muco, durante pelo menos 3 meses, em pessoas previamente continentas (ICS, 2017; Saldana & Kaiser, 2017; Rome Foundation, 2021).

A incontinência encontra-se relatada como uma das complicações frequentes após o AVC e detém grande impacto na qualidade de vida da pessoa, levando frequentemente a depressão, ansiedade e isolamento social (Bhalla & Birns, 2015; Thomas, LH., et al., 2019; Holroyd, S., 2019; Marsden, D., et al., 2021; Miner, 2004; Nevler, 2014; Saldana & Kaiser, 2017). A prevalência desta complicação estima-se entre os 40% - 60% relativamente à incontinência urinária, após AVC (Bhalla & Birns, 2015; Chiado, A., et al., 2022; Jiang, W., et al., 2022), e 7,7% (Ng et al., 2015; Shah & Herrero, 2022) e os 30-40% (Bhalla & Birns, 2015), quanto à incontinência intestinal, e está associada a níveis mais elevados de mortalidade e morbidade, sendo reconhecida como uma das principais causas que levam à institucionalização de idosos (Kohler et al., 2022).

As mazelas decorrentes do AVC podem afetar significativamente a qualidade de vida de uma pessoa, especialmente quando se trata de complicações como a incontinência, seja urinária e/ou intestinal, dado que perturba o equilíbrio físico, emocional, social e psicológico da pessoa, que tendencialmente oculta a situação, devido ao receio do estigma social associado. A incontinência pode causar constrangimento, vergonha e afetar a autoestima da pessoa (Bhalla & Birns, 2015; Thomé et al., 2021; Farrés-Godayol et al., 2022). Caso haja necessidade de utilização de dispositivos absorventes, como fraldas, para controlar as perdas involuntárias, pode fazer com que esta se sinta menos digna, que se isole ou reduza as suas atividades sociais, pelo receio de acidentes em público (Miner, 2004; Nevler, 2014; Bhalla & Birns, 2015; Saldana & Kaiser, 2017; Thomas, LH., et al., 2019; Holroyd, S., 2019; Marsden, D., et al., 2021;).

A presença de incontinência, após AVC, pode acarretar cuidados adicionais com a higiene pessoal, o que pode ser desafiante e desconfortável para a pessoa, podendo também potencializar o aumento o risco de infecções do sistema urinário inferior e do risco de maceração (Bhalla & Birns, 2015). O aumento da dependência, possivelmente causado pela incontinência, pode também sobrecarregar física e emocionalmente a família/cuidador, sendo reconhecida como uma das principais causas que levam à institucionalização de idosos (Kohler *et al.*, 2022). É importante oferecer apoio emocional e psicológico, tanto para a pessoa afetada quanto para a família/cuidador, de forma ajudá-los a enfrentar os desafios e a ajustarem-se às mudanças na vida diária (Miner, 2004; Nevler, 2014; Bhalla & Birns, 2015; Saldana & Kaiser, 2017; Thomas, LH., *et al.*, 2019; Holroyd, S., 2019; Marsden, D., *et al.*, 2021;).

É impreterível que a pessoa com incontinência após AVC receba suporte e tratamento adequados, e de forma precoce, para lidar com a incontinência e outras sequelas da condição. A funcionalidade e a independência da pessoa serão afetadas por qualquer uma das manifestações clínicas do AVC, sendo por isso crucial a intervenção do EEER, e através da reabilitação pretendemos melhorar a qualidade de vida e a funcionalidade da pessoa com incontinência após AVC (Bhalla & Birns, 2015; Thomas, LH., *et al.*, 2019; Holroyd, S., 2019; Marsden, D., *et al.*, 2021;).

De forma a dar resposta às necessidades da pessoa com incontinência após AVC, foi realizado um projeto de estágio (APÊNDICE 6.1.), procurando refletir de que forma a intervenção do EEER pode promover a continência na pessoa com incontinência após AVC. Com base neste problema foi elaborado um protocolo de revisão *Scoping* (APÊNDICE 6.4.), desenvolvido sob as orientações do Joanna Briggs Institute (2020).

Da pesquisa efetuada, a literatura demonstra-nos uma variedade de intervenções com maior ou menor evidência, no entanto as intervenções do EEER deverão centrar-se, maioritariamente, em intervenções de modificação comportamental e exercícios de fortalecimento muscular, uma vez que são de cariz autónomo e têm como objetivo reduzir o número e a intensidade da ocorrência de episódios de incontinência, não condicionam a realização de outros tratamentos/intervenções, e enquadram-se na primeira linha de tratamentos à pessoa com incontinência.

Os autores analisados validam a informação anteriormente mencionada, de que, a incontinência encontra-se relatada como uma das complicações frequentes após o AVC e detém grande impacto na qualidade de vida da pessoa, levando frequentemente a depressão, ansiedade e isolamento social (Bhalla & Birns, 2015; Thomas, LH., *et al.*,

2019; Holroyd, S., 2019; Marsden, D., *et al.*, 2021; Miner, 2004; Nevler, 2014; Saldana & Kaiser, 2017). Dos estudos analisados destacam um vasto leque de intervenções, com evidência de reabilitação na pessoa com incontinência após AVC, promotoras de continência urinária e continência intestinal, descritas ao longo dos capítulos.

Após a escolha da área de intervenção para o projeto, a escolha dos locais de estágio foi realizada de modo a possibilitar a concretização dos objetivos propostos no projeto de estágio. O projeto de estágio foi implementado durante as 555 horas de estágio em cinco contextos diferentes, designadamente uma unidade de internamento hospitalar, uma unidade de cuidados continuados integrados, uma unidade de cuidados na comunidade, na comunidade (unidade escolar) e uma unidade de internamento hospitalar de ortopedia. A escolha dos contextos de estágio teve como fundamento a possibilidade de oportunidades formativas e de desenvolvimento pessoal e profissional, de forma a adquirir e desenvolver competências científicas, técnicas e humanas para a prestação cuidados de enfermagem especializados na área de Reabilitação, nomeadamente na pessoa com incontinência após AVC, e também nas restantes áreas de intervenção do EEER e do EE, de modo a garantir a realização dos objetivos estabelecidos, e permitindo desenvolver todas as competências necessárias para a aquisição do grau de mestre, de acordo com os descritores de Dublin.

Uma vez que a prevalência da incontinência, após AVC, se reflete como um fator desfavorável à independência funcional da pessoa, aumentando o grau de dependência destas pessoas no seu autocuidado, nomeadamente no autocuidado eliminação, foi selecionada a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem como filosofia de cuidados, delineando também uma identidade profissional como futura EEER. Na Teoria do Autocuidado, Orem refere-se ao autocuidado como a *"prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar"* (Orem, 2001). Esta teoria enfatiza a importância de capacitar as pessoas a participar ativamente no seu autocuidado e reabilitação, e a tomar decisões informadas sobre sua saúde. Ao promover o autocuidado, Orem acreditava que as pessoas poderiam alcançar, e manter, ótimos resultados de saúde. A aplicação da Teoria do Autocuidado, na intervenção do EEER na pessoa com incontinência após AVC, centra-se na capacitação da pessoa de modo a participar ativamente no seu autocuidado, ou família dependendo do grau de dependência. Permite também envolver a educação à pessoa/família, o desenvolvimento de capacidades, o apoio contínuo e o atendimento aos requisitos universais de autocuidado e de desvio de saúde, para promover a



independência da pessoa e melhorar sua qualidade de vida (Orem, 2001; Foster & Bennett, 2000; Queirós, *et al.*, 2014).

No que concerne à sua estrutura, e seguindo a normas orientadoras da 7ª edição da *American Psychological Association* (APA, 2020), o presente relatório desenvolver-se-á a partir da introdução, seguindo-se a descrição, análise e reflexão das atividades desenvolvidas, incluindo a análise das Competências Específicas do EEER e das Competências Comuns do EE. Em último lugar, apresenta-se as considerações finais com explana-se a avaliação global do percurso desenvolvido, com enfoque nos principais contributos obtidos com a implementação do projeto, na avaliação pessoal do percurso formativo, assim como as referências bibliográficas consultadas para a realização do presente relatório.

## 2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Para realizar intervenções de forma eficiente e fundamentada, foi necessário aprofundar os conhecimentos sobre a temática escolhida. O presente capítulo explana esse conhecimento de forma abrangente.

### 2.1. A PESSOA EM SITUAÇÃO DE AVC

O AVC é a segunda causa de morte e a principal causa de morbilidade e incapacidade a nível mundial (OMS, 2020). Em Portugal as doenças cardiovasculares, nomeadamente a Doença Isquémica Cardíaca e as Doenças Cérebro Vasculares, constituem a principal causa de morte (29,7 %), sendo também uma das principais causas de morbilidade e incapacidade, reduzindo a qualidade de vida das pessoas. Esta realidade, em Portugal, reflete-se também no aumento da sobrecarga para os cuidados de saúde (DGS, 2017; WSO, 2022).

O AVC é definido como um comprometimento neurológico focal, que ocorre subitamente, com duração superior a 24 horas e de provável origem vascular, podendo mesmo causar a morte. Pode ser classificado com isquémico ou hemorrágico. O AVC de origem isquémica é caracterizado por uma oclusão súbita de artérias que irrigam o cérebro, devido a um trombo localmente formado ou por um trombo que se formou noutra local e se deslocou através da circulação. O AVC de origem hemorrágica é caracterizado pela ocorrência de hemorragia, existindo rutura de uma das artérias cerebrais, subdividindo-se em:

- hemorragia intracerebral: se ocorrer no tecido cerebral;
- hemorragia subaracnoideia: se surgir entre as duas meninges (pia-máter e aracnoide) (OMS, 2005; Monahan et al., 2010; VanPutte, et al., 2014; Menoita, 2014).

A descrição de um acidente isquémico transitório (AIT), é similar ao AVC isquémico, com a exceção que o défice neurológico não tem durabilidade superior a 24 horas, e é comumente associado a libertações de trombos com origem na placa aterosclerótica que ulcerou e impede o fluxo sanguíneo, ou provoca espasmos dos vasos sanguíneos por um curto período de tempo (Monahan et al., 2010; Hoeman, 2011).

A irrigação cerebral é realizada através das artérias vertebrais e das artérias carótidas internas, que se comunicam através do polígono de *Willis*. O polígono de *Willis*

é uma anastomose arterial que fornece o sangue para os hemisférios cerebrais, sendo formado pelas artérias cerebrais anterior, média e posterior, artérias comunicantes anteriores e posteriores e pela artéria basilar. A oclusão das diferentes artérias apresenta clinicamente sinais/sintomas específicos e característicos, de cada artéria cerebral envolvida, nomeadamente:

- artérias de origem carotídea: hemiparesia ou hemiplegia contralateral; hemihipostesia contralateral; hemianópsia homónima contralateral; afasia, alexia, agrafia (hemisfério dominante); anosognosia; hemi-inatenção/*neglect* (hemisfério dominante);
- artérias de origem vertebro-basilar: desequilíbrio, vertigem, ataxia; nistagmo, diplopia; disartria, disfagia; alteração dos movimentos oculares conjugados; alteração do estado de consciência (OMS, 2005; Monahan et al., 2010; VanPutte, et al., 2014; Menoita, 2014).

Os fatores de risco de AVC dividem-se em modificáveis (hipertensão arterial, tabagismo, sedentarismo, diabetes mellitus tipo II, dislipidémia, AVC prévio/AIT, obesidade, alcoolismo, fibrilhação auricular, hábitos alimentares) e não modificáveis (idade, sexo, raça, história familiar/genética), sendo fundamental a identificação dos mesmos e a intervenção de uma equipa multidisciplinar, com vista à promoção e a adoção de hábitos de vida saudáveis, prevenindo novos episódios e complicações (OMS, 2005; Menoita, 2014; Dawson *et al.*, 2022).

As alterações decorrentes do AVC dependem da área cerebral afetada, da gravidade da lesão e dos antecedentes pessoais da pessoa. Estas alterações podem influenciar significativamente a independência e estilo de vida da pessoa. Podem existir por exemplo alterações motoras, sensitivas, sensoriais, na linguagem, na memória e na atenção, no equilíbrio, no comportamento/orientação e na deglutição (Branco & Santos, 2010; Menoita, 2014). No entanto, após AVC o processo de eliminação também pode sofrer alterações. Pela apresentação clínica mais inespecífica, mas ainda assim comum no AVC, é importante mencionar as alterações intestinais e vesicais, como polaquiúria, urgência urinária e incontinência urinária e intestinal, que ocorrem após AVC, sendo mais impactantes nos primeiros dias após o AVC, mas com elevado potencial de reeducação (Branco & Santos 2010; Monahan et al., 2010).

É crucial iniciar um programa de reabilitação precocemente, com o intuito de diminuir o agravamento das sequelas e capacitar a pessoa para a independência funcional nos autocuidados (Leite & Faro, 2005; Marques-Vieira *et al.*, 2016). O

programa de reabilitação pode ter início no primeiro dia após AVC, tendo em conta vários aspetos, entre eles o tipo de AVC, os sinais e sintomas, e as capacidades e limites individuais. No entanto, o EEER deve realizar um exame neurológico para decidir o sentido do programa de reabilitação e para conseguir alcançar com sucesso os objetivos traçados (Branco & Santos, 2010; Menoita, 2014).

A reabilitação pretende capacitar as pessoas com défice ou incapacidade, a alcançarem e manterem o funcionamento ideal dos vários domínios neurológicos como a função motora, sensitiva, cognitiva, comunicação, psicológica e social. Os objetivos da reabilitação variam desde o objetivo inicial de minimizar o défice ou incapacidade, às intervenções mais complexas destinadas a encorajar uma participação ativa da pessoa (Marques-Vieira *et al.*, 2016; Santos *et al.*, 2020; Kwakkel *et al.*, 2023). Ao encorajar a participação ativa da pessoa, o EEER deve ter em conta o processo de adaptação da pessoa ao seu défice ou incapacidade, dotando a pessoa e família dos conhecimentos necessários e estratégias de *coping*, de forma a fomentar a resiliência, para que esta possa melhorar a funcionalidade e autonomia (Menoita, 2014).

## 2.2. A INTERVENÇÃO DO EEER PERANTE A PESSOA COM INCONTINÊNCIA

A continência urinária ocorre quando o mecanismo de coordenação nervosa da micção (contração/relaxamento) está em consonância com o centro de controlo cortical (no tronco cerebral e no lobo frontal). O lobo frontal é responsável pela área motora do detrusor, logo é responsável por transmitir a informação de inibição (quando a pessoa não quer urinar), permitindo o relaxamento do detrusor e a contração de esfíncteres (continência urinária). As artérias cerebrais anterior e média, irrigam a área motora do detrusor (lobo frontal), deste modo ao ocorrer um AVC num destes vasos, a probabilidade de ocorrer incontinência urinária é elevada, pois ocorre uma desconexão entre o córtex cerebral e a ponte, perdendo-se a capacidade de inibir o reflexo miccional, e a micção ocorre coordenada, sem dissinergias (Hoeman, 2011; VanPutte, *et al.*, 2014; Bhalla & Birns, 2015).

A incontinência urinária é definida como qualquer perda involuntária de urina, demonstrada de forma objetiva e que constitua um problema de higiene ou problema social (Monahan *et al.*, 2010; ICS, 2017; D'Ancona, *et al.*, 2021; DGS, 2016). Pode ser

classificada como aguda, ocorrendo em pessoas previamente continentemente ou ser exacerbada por uma doença aguda ou transitória tratável; ou crônica, sendo um tipo de incontinência insidiosa e pode permanecer durante meses ou anos, até a pessoa procurar ajuda (ICS, 2017; D'Ancona, et al., 2021; DGS, 2016; Dias, et al., 2018; Hoeman, 2011; Monahan et al., 2010, Bhalla & Birns, 2015). A incontinência urinária é uma das consequências do AVC mais comum e disruptiva, ocorrendo porque este pode causar lesões/alterações estruturais no córtex cerebral, responsáveis pelo controle da micção, comprometendo o sistema urinário inferior (Monahan et al., 2010; Leandro et al., 2015; Bhalla & Birns, 2015).

A continência intestinal é mantida através da interação entre complexo esfinteriano, consistência e volume das fezes, capacidade de armazenamento retal e função neurológica. A função cognitiva, o trânsito cólico e a integridade estrutural e funcional do pavimento pélvico, são outros fatores relevantes para a manutenção da continência intestinal (Monahan et al., 2010; Hoeman, 2011; VanPutte, et al., 2014).

A incontinência intestinal é caracterizada como qualquer perda involuntária de fezes e/ou flatos e/ou muco, durante pelo menos 3 meses, em pessoas previamente continentemente (ICS, 2017; Saldana & Kaiser, 2017; Rome Foundation, 2021).

A incontinência encontra-se relatada como uma das complicações frequentes após o AVC e detém grande impacto na qualidade de vida da pessoa, levando frequentemente a depressão, ansiedade e isolamento social (Bhalla & Birns, 2015; Thomas, L.H., et al., 2019; Holroyd, S., 2019; Marsden, D., et al., 2021; Miner, 2004; Nevler, 2014; Saldana & Kaiser, 2017). A prevalência desta complicação estima-se entre os 40% - 60% relativamente à incontinência urinária, após AVC (Bhalla & Birns, 2015; Chiado, A., et al., 2022; Jiang, W., et al., 2022), e 7,7% (Ng et al., 2015; Shah & Herrero, 2022) e os 30-40% (Bhalla & Birns, 2015), quanto à incontinência intestinal, e está associada a níveis mais elevados de mortalidade e morbidade, sendo reconhecida como uma das principais causas que levam à institucionalização de idosos (Kohler et al., 2022).

As mazelas decorrentes do AVC podem afetar significativamente a qualidade de vida de uma pessoa, especialmente quando se trata de complicações como a incontinência, seja urinária e/ou intestinal, dado que perturba o equilíbrio físico, emocional, social e psicológico da pessoa, que tendencialmente oculta a situação, devido ao receio do estigma social associado. A incontinência pode causar constrangimento, vergonha e afetar a autoestima da pessoa (Bhalla & Birns, 2015; Thomé et al., 2021; Farrés-Godayol et al., 2022). Caso haja necessidade de utilização de

dispositivos absorventes, como fraldas, para controlar as perdas involuntárias, pode fazer com que esta se sinta menos digna, que se isole ou reduza as suas atividades sociais, pelo receio de acidentes em público (Miner, 2004; Nevler, 2014; Bhalla & Birns, 2015; Saldana & Kaiser, 2017; Thomas, LH., *et al.*, 2019; Holroyd, S., 2019; Marsden, D., *et al.*, 2021;).

A presença de incontinência, após AVC, pode acarretar cuidados adicionais com a higiene pessoal, o que pode ser desafiante e desconfortável para a pessoa, podendo também potenciar o aumento o risco de infeções do sistema urinário inferior e do risco de maceração (Bhalla & Birns, 2015). O aumento da dependência, possivelmente causado pela incontinência, pode também sobrecarregar física e emocionalmente a família/cuidador, sendo reconhecida como uma das principais causas que levam à institucionalização de idosos (Kohler *et al.*, 2022). É importante oferecer apoio emocional e psicológico, tanto para a pessoa afetada quanto para a família/cuidador, de forma ajudá-los a enfrentar os desafios e a ajustarem-se às mudanças na vida diária (Miner, 2004; Nevler, 2014; Bhalla & Birns, 2015; Saldana & Kaiser, 2017; Thomas, LH., *et al.*, 2019; Holroyd, S., 2019; Marsden, D., *et al.*, 2021;).

É impreterível que a pessoa com incontinência após AVC receba suporte e tratamento adequados, e de forma precoce, para lidar com a incontinência e outras sequelas da condição. A funcionalidade e a independência da pessoa serão afetadas por qualquer uma das manifestações clínicas do AVC, sendo por isso crucial a intervenção do EEER, porque através da reabilitação pretendemos melhorar a qualidade de vida e a funcionalidade da pessoa com incontinência após AVC (Bhalla & Birns, 2015; Thomas, LH., *et al.*, 2019; Holroyd, S., 2019; Marsden, D., *et al.*, 2021;).

A literatura demonstra-nos uma variedade de intervenções com maior ou menor evidência, no entanto as intervenções do EEER deverão centrar-se, maioritariamente, em intervenções de modificação comportamental e exercícios de fortalecimento muscular, uma vez que são de cariz autónomo e têm como objetivo reduzir o número e a intensidade da ocorrência de episódios de incontinência, não condicionam a realização de outros tratamentos/intervenções, e enquadram-se na primeira linha de tratamentos à pessoa com incontinência.

Os autores analisados validam a informação anteriormente mencionada, de que, a incontinência encontra-se relatada como uma das complicações frequentes após o AVC e detém grande impacto na qualidade de vida da pessoa, levando frequentemente a depressão, ansiedade e isolamento social (Bhalla & Birns, 2015; Thomas, LH., *et al.*,

2019; Holroyd, S., 2019; Marsden, D., *et al.*, 2021; Miner, 2004; Nevler, 2014; Saldana & Kaiser, 2017).

Dos estudos analisados surgem um vasto leque de intervenções com evidência de reabilitação na pessoa com incontinência após AVC:

> Intervenções promotoras de continência urinária:

- **Exercícios de fortalecimento dos Músculos do Pavimento Pélvico (MPP)** (Alves *et al.*, 2019; Arkan *et al.*, 2019; Chiado *et al.*, 2022; Holroyd, 2019; Jiang *et al.*, 2022; Marsden *et al.*, 2021; Kohler *et al.*, 2021; Myers & Smith, 2022; Thomas *et al.*, 2019; Widdall, 2015);

- **Modificações comportamentais:**

-> **Treino esfinteriano** (micção dupla, supressão da urgência e contração dos MPP) (Chiado *et al.*, 2022; Holroyd, 2019; Kohler *et al.*, 2021; Marsden *et al.*, 2021; Bhalla & Birns, 2015);

-> **Treino de hábitos miccionais com programação da micção** (Arkan *et al.*, 2019; Chiado *et al.*, 2022; Fisher, 2014; Holroyd, 2019; Kohler *et al.*, 2021; Jiang *et al.*, 2022; Marsden *et al.*, 2021; Myers & Smith, 2022; Thomas *et al.*, 2019; Widdall, 2015; Bhalla & Birns, 2015);

-> **Gestão da ingestão hídrica e dieta** (Chiado *et al.*, 2022; Fisher, 2014; Holroyd, 2019; Marsden *et al.*, 2021; Kohler *et al.*, 2021; Thomas *et al.*, 2019; Widdall, 2015; Bhalla & Birns, 2015);

- **Diário Miccional** (Arkan *et al.*, 2019; Fisher, 2014; Marsden *et al.*, 2021; Bhalla & Birns, 2015);

- **Aplicação do SCAMP (Structured Urinary Continence Assessment and Management Plan)** (Marsden *et al.*, 2021);

- **Utilização de cones vaginais (com peso)** (Alves *et al.*, 2019; Thomas *et al.*, 2019);

- **Electroestimulação dos MPP** (Alves *et al.*, 2019; Myers & Smith, 2022);

- **Estimulação Magnética Transcraniana repetitiva** (Jiang *et al.*, 2022)

- **Utilização de Biofeedback** (Thomas *et al.*, 2019; Myers & Smith, 2022) e **Bladder Scan** (Marsden *et al.*, 2021; Kohler *et al.*, 2021; Widdall, 2015);

- **Cateterismo Vesical Intermitente** (Ersoz *et al.*, 2013; Fisher, 2014; Holroyd, 2019; Marsden *et al.*, 2021; Bhalla & Birns, 2015);

- **Terapêutica (ação interdisciplinar)** (Arkan *et al.*, 2019; Fisher, 2014; Holroyd, 2019; Jiang *et al.*, 2022; Marsden *et al.*, 2021; Myers & Smith, 2022; Thomas *et al.*, 2019; Hoeman, 2011; Bhalla & Birns, 2015);

> Intervenções promotoras de continência intestinal:

- **Modificações comportamentais:**

-> **Treino intestinal** (rotina, recurso ao reflexo gastrocólico, posicionamento correto, privacidade) (Hoeman, 2011; Bhalla & Birns, 2015);

-> **Gestão da ingestão hídrica e dieta** (rica em fibra) (Hoeman, 2011; Bhalla & Birns, 2015);

- **Diário de hábito intestinal** (Hoeman, 2011; Bhalla & Birns, 2015; Marsden *et al.*, 2021);

- **Exercícios de fortalecimento dos MPP** (Hoeman, 2011; Bhalla & Birns, 2015);

- **Terapêutica (ação interdisciplinar)** (Hoeman, 2011; Bhalla & Birns, 2015);

> Ensinos:

- Alguns estudos analisados, ressaltam a necessidade da realização de **ensinos à pessoa com incontinência, após AVC, e à sua família/cuidador** (Arkan *et al.*, 2019; Fisher, 2014; Myers&Smith, 2022; Bhalla & Birns, 2015). Os ensinos servem para promover a continuidade dos cuidados, devendo adaptar-se a linguagem ao nível sociocultural da pessoa/família, garantindo que a informação transmitida seja compreendida. Os estudos referem que devem ser efetuados ensinos sobre o AVC, o sistema urinário e intestinal (Arkan *et al.*, 2019), a retenção urinária e incontinência urinária e intestinal (Fisher, 2014), a estrutura e as funções dos MPP, assim como os benefícios da aplicação do plano de exercícios de reforço dos mesmos (Arkan *et al.*, 2019; Bhalla & Birns, 2015) e das técnicas promotoras continência (Fisher, 2014; Bhalla & Birns, 2015). Aquando da aplicação do programa de reabilitação o EEER deve também instruir e validar com a pessoa e/ou cuidador o plano de exercícios e fornecer o mesmo esquematizado, para auxiliar a pessoa no domicílio (Arkan *et al.*, 2019).

Com base na avaliação inicial, nas necessidades da pessoa e nos objetivos da mesma, o EEER conseguirá estabelecer e aplicar um programa de reabilitação, tendo

como base as intervenções acima descritas. Qualquer programa de reabilitação que seja aplicado à pessoa com incontinência, após AVC, terá como intuito reduzir os efeitos da incontinência e readquirir o maior grau de independência funcional possível, maximizar a sua capacidade funcional, promover a sua autoestima e o seu bem-estar.

### 2.3. UTILIZAÇÃO DO QUADRO DE REFERÊNCIA EM ENFERMAGEM

Desde o princípio da enfermagem que esta está socialmente vinculada à arte de cuidar. A investigação científica em enfermagem permitiu o desenvolvimento de evidência necessária à fundamentação dos cuidados em enfermagem. Atualmente o cuidado de enfermagem é realizado com arte e ciência, considerando o espaço do exercício de arte e o seu fundamento a ciência (Costa & Gonçalves, 2021). A prática de enfermagem tem por base teorias que contribuem para a melhoria dos cuidados prestados, através do respeito e singularidade da pessoa (Hernández *et al.*, 2017; Silva *et al.*, 2021). As teorias contribuem para a afirmação da Enfermagem como produtora e reprodutora de conhecimento científico (Hernández *et al.*, 2017; Silva *et al.*, 2021).

Uma vez que a prevalência da incontinência, após AVC, se reflete como um fator desfavorável à independência funcional da pessoa, aumentando o seu grau de dependência nos autocuidados, nomeadamente no autocuidado eliminação, foi selecionada a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem como referencial teórico.

Na Teoria do Autocuidado, Orem refere-se ao autocuidado como a "*prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar*" (Orem, 2001). Nesta teoria, Orem correlaciona três teorias:

- Na teoria do autocuidado, o autocuidado é referido com um conjunto de atividades, que são realizadas para garantir o cumprimento dos requisitos necessários à vida, para o crescimento, desenvolvimento e manutenção da integridade humana. Sendo o conceito autocuidado uma função humana que as pessoas devem realizar por si mesmos, ou ter alguém que a realize por si, de modo a garantir condições para manter a vida, o funcionamento físico e psíquico, permitindo que a pessoa se desenvolva em condições fundamentais à vida com integridade (Orem, 2001). Esta teoria subdivide-se ainda em três sub-categorias:

> Requisitos de autocuidados universais: estes requisitos estão associados aos processos de vida e manutenção da integridade e funcionamento humano, sendo comuns a todos os seres humanos ao longo da vida. Na teoria são enumerados os seguintes requisitos: manutenção da quantidade suficiente de ar; manutenção da quantidade suficiente de água e ingestão suficiente de alimentos; provisão de cuidados associado com processos de eliminação; manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso; manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social; prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem estar do ser humano e promoção do funcionamento do ser humano dentro de grupos sociais, de acordo com o potencial humano, as limitações;

> Requisitos de desenvolvimento: nesta situação devem ser promovidos comportamentos e oportunidades educativas, que minimizem a ocorrência de efeitos adversos ao desenvolvimento, proporcionando condições e experiências para amenizar ou superar os efeitos prejudiciais ao desenvolvimento. Estas necessidades que variam nas diferentes fases da vida, como a necessidade de educação, interação social e apoio emocional;

> Requisitos de desvios de saúde: estes requisitos existem para pessoas em situação de doença ou lesão, incluindo defeitos ou incapacidades, e referem-se aos cuidados ou tomadas de decisão em relação ao problema de saúde identificado ou diagnosticado com o propósito de recuperação e de reabilitação. Na teoria são enumerados os seguintes requisitos: procurar garantir assistência médica adequada; estar consciente e atender aos efeitos e resultados das condições e estados patológicos; realiza as prescrições terapêuticas e reabilitação; estar consciente e regular os efeitos desconfortáveis resultantes das intervenções; modificar o autoconceito em aceitar o estado de saúde e necessitar de novas formas de cuidados e aprender a viver com os efeitos das condições e estados patológicos (Orem, 2001; Foster & Bennett, 2000; Queirós, *et al.*, 2014).

- Na teoria do déficit do autocuidado, é definida a importância dos cuidados de enfermagem à pessoa portadora de uma necessidade, sendo total ou parcialmente incapaz de manter o autocuidado ou de conhecer os requisitos necessários para gerir os seus cuidados e os dos seus dependentes (Orem, 2001; Foster & Bennett, 2000). Nesta situação a intervenção de enfermagem surge quando as necessidades da pessoa são superiores às suas capacidades com o objetivo de minimizar os efeitos do déficit. O enfermeiro é responsável por identificar e providenciar a assistência necessária (Orem, 2001);

- Na teoria dos sistemas de enfermagem, encontra-se explanado que as lacunas no autocuidado, devem ser colmatadas pelo enfermeiro, pela pessoa e pela família/cuidador. A presença do enfermeiro, depende exclusivamente do nível de autonomia ou dependência da pessoa. São definidos três sistemas:

> sistema totalmente compensatório (pessoa totalmente dependente);

> sistema parcialmente compensatório (pessoa parcialmente dependente);

> sistema de apoio e educação (pessoa independente, que necessita apenas de supervisão e ensinamentos/orientação) (Orem, 2001; Foster & Bennett, 2000; Queirós, *et al.*, 2014).

Os três sistemas podem coexistir em simultâneo, dependendo do tipo de dependência no autocuidado (Orem, 2001).

A realização de um processo de enfermagem segundo a teoria de Orem, prevê as seguintes ações:

- Diagnóstico de enfermagem: pressupõe a análise dos requisitos do autocuidado: universais, desenvolvimento e desvio de saúde, para que as intervenções de enfermagem consigam dar resposta às necessidades de autocuidado, de acordo com as dependências da pessoa em situação de fragilidade;

- Planeamento da assistência de acordo com os sistemas de enfermagem: de acordo com as necessidades da pessoa e com as suas capacidades, reflete o planeamento de ações em simultâneo para os sistemas total e parcialmente compensatório e do sistema de apoio-educação;

- Planeamento e controlo das ações: aplicação das intervenções delineadas onde os sistemas de enfermagem são reproduzidos, de forma consciente e deliberada para dar resposta às necessidades terapêuticas de autocuidado da pessoa (Orem, 2001; Foster & Bennett, 2000; Queirós, *et al.*, 2014).

O estímulo para o autocuidado deve ser realizado consoante as limitações de cada pessoa, estimulando o restabelecimento da sua autonomia e da capacidade de cuidar de si próprio (Silva *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2021). Durante todo este processo é necessário desenvolver uma forte relação de confiança entre a pessoa/família e o EEER, de forma a permitir à pessoa e seus familiares ou pessoas significativas, o controlo sobre a sua situação de saúde, através da participação nas tomadas de decisão e participando

ativamente em todo o processo de reabilitação (Orem, 2001; Foster & Bennett, 2000; Queirós, *et al.*, 2014).

Esta teoria enfatiza a importância de capacitar as pessoas a participar ativamente no seu autocuidado e reabilitação, e a tomar decisões informadas sobre sua saúde. Ao promover o autocuidado, Orem acreditava que as pessoas poderiam alcançar, e manter, ótimos resultados de saúde. A aplicação da Teoria do Autocuidado, na intervenção do EEER na pessoa com incontinência após AVC, centra-se na capacitação da pessoa de modo a participar ativamente no seu autocuidado, ou família dependendo do grau de dependência. A aplicação desta teoria permite também envolver a educação à pessoa/família, o desenvolvimento de capacidades, o apoio contínuo e o atendimento aos requisitos universais de autocuidado e de desvio de saúde, para promover a independência da pessoa e melhorar sua qualidade de vida (Orem, 2001; Foster & Bennett, 2000; Queirós, *et al.*, 2014).

A incontinência está contemplada nos requisitos universais do autocuidado, anexa aos processos de eliminação, assim como aos requisitos de desenvolvimento e de desvio da saúde. Esta condição tem impacto em diversos sistemas, como a alimentação e hidratação, uma vez que a pessoa com incontinência evita ingerir água ou determinados alimentos; também tem impacto nas relações sociais e nas atividades culturais, porque a pessoa pode começar a evitar sair de casa, por recear que ocorram episódios de incontinência perante os outros; e pode também interferir no descanso, caso a pessoa se levante diversas vezes durante a noite.

Ao aplicar esta teoria, através da utilização dos métodos de ajuda propostos por Orem, melhorei a qualidade dos cuidados prestados, e com a colaboração das pessoas, a quem prestei cuidados, conseguimos compreender e implementar a teoria dos sistemas da forma mais adequada, demonstrando que o sistema totalmente compensatório apenas deveria ser utilizado, quando o sistema parcialmente compensatório ou o de apoio e educação não suprimisse as suas necessidades de autocuidado.

### 3. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

Neste capítulo encontra-se a descrição e análise das atividades realizadas e como é que estas permitiram alcançar os diversos objetivos do projeto, gerais e específicos, e o desenvolvimento das competências específicas do EEER (OE, 2019a) e comuns do EE (OE, 2019b), tendo por base o planeamento de atividades presente no projeto de estágio (APÊNDICE 6.1.).

As atividades realizadas além de permitirem a aquisição de competências do EE e do EEER, demonstram o desenvolvimento das competências preconizadas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos, referentes ao grau de Mestre, sendo demonstrado conhecimento e capacidade de compreensão a um nível que permitiu o desenvolvimento de novas abordagens, contribuindo para a criação de intervenções originais em contexto de investigação (European Frameworks for Qualifications, 2005; OE, 2019b). Neste sentido, esta aquisição de competências está de acordo com os descritores de Dublin, na medida em que obedece às habilitações adquiridas por parte do estudante em novos conhecimentos e sua aplicação, tomada de decisão assente na investigação, na comunicação e na capacidade autónoma de autoaprendizagem. Desta forma, no plano de atividades foram estabelecidos 2 objetivos gerais e 11 objetivos específicos que se descrevem de seguida, que decorrem em vários locais de estágio como já descritos anteriormente:

#### Objetivos Gerais:

- Desenvolver competências no planeamento, implementação e avaliação de intervenções de Enfermagem de Reabilitação na pessoa com incontinência, após AVC, tendo em vista a manutenção, recuperação e promoção da sua funcionalidade;
- Desenvolver competências do EEER na área da reabilitação motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.

#### Objetivos específicos:

- 1 - Desenvolver uma prática profissional autónoma, garantindo o respeito pelos direitos humanos, fundamentada por valores éticos e deontológicos;
- 2 - Desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua dos locais de estágio;

- 3 – Desenvolver competências comuns do EE na área da conceção, gestão e supervisão de cuidados;
- 4 - Integrar e colaborar com a equipa multidisciplinar no desenvolvimento de estratégias ou programa de reabilitação no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa com incontinência após AVC;
- 5 – Desenvolver uma prática especializada baseada na evidência científica, ampliando conhecimentos nos domínios científico, técnico e humano na área da reabilitação à pessoa com incontinência após AVC;
- 6 – Potenciar a funcionalidade da pessoa com incontinência, após AVC, promovendo um ambiente terapêutico para a pessoa e família, nos vários contextos de estágio;
- 7 – Desenvolver estratégias de autoconhecimento e assertividade, que facilitem o relacionamento com a pessoa, família e equipa multidisciplinar;
- 8 – Identificar as situações de incontinência após AVC que requerem intervenção do EEER;
- 9 - Elaborar, implementar e avaliar os programas de reabilitação, aplicados à pessoa e família com alterações do foro sensorial-motor/neurológico, tendo em vista a promoção do autocuidado, visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida;
- 10 - Capacitar a pessoa com incontinência, após AVC, elaborando planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado, desenvolvendo com ela as suas capacidades físicas, mentais e cognitivas por meio do treino sensorial-motor e reeducação funcional;
- 11 – Aplicar programas de reabilitação, baseados em intervenções autónomas do EEER, na pessoa com incontinência após AVC.

De referir que todos os programas de reabilitação implementados tiveram por base a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem (2001).

Os documentos que fundamentam a aquisição das competências durante o Estágio com Relatório encontram-se presentes nos apêndices e anexos, e são constituídos por planos de cuidados, apresentações realizadas em contexto de estágio, sessões de formação, folhetos e pósteres científicos apresentados e certificados.

### 3.1. DESCRIÇÃO, ANÁLISE E REFLEXÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Para a análise das competências específicas do EEER e comuns do EE foram relacionados cada domínio de competência com os objetivos específicos e as atividades desenvolvidas que permitiram o desenvolvimento das mesmas. Ressalvo que todos os programas de reabilitação aplicados tiveram como base a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem.

#### **3.1.1. Desenvolver uma prática profissional autónoma, garantindo o respeito pelos direitos humanos, fundamentada por valores éticos e deontológicos**

Este objetivo foi delineado com base no respeito pelos valores universais, pela dignidade e pela liberdade da pessoa, na defesa da sua autonomia e autodeterminação, zelando pela proteção da sua individualidade e intimidade, e de forma a desenvolver as competências comuns do EE (OE, 2019b), nomeadamente no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (A1 — Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; A2 — Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais).

A Ética em Enfermagem, sugere que o enfermeiro faça uma reflexão sobre si e sobre o modo como exerce as suas funções, definindo os valores e os princípios que sustentam as suas ações no seu exercício profissional, procurando sempre respeitar a pessoa à qual presta cuidados, independentemente do ambiente de cuidados e da especialidade de enfermagem (Deodato, 2016). Com base nos autores consultados e no Código Deontológico dos Enfermeiros ([CDE], 2015), considero que cumpro o objetivo acima descrito na medida em que aquando da prestação de cuidados à pessoa, respeitei a sua vontade, escolhas e crenças, a sua dignidade e a sua privacidade. Todos os cuidados prestados foram baseados em princípios éticos e deontológicos. Todos os programas de reabilitação foram negociados com a pessoa, com o intuito de potenciar o seu interesse, assim como respeitar a sua vontade e a sua dignidade, realizando os exercícios, as intervenções e as atividades necessárias, com o intuito de melhorar a sua funcionalidade, maximizar a sua autonomia e a sua qualidade de vida.

Ao longo dos diversos momentos de estágio fui sendo sensibilizada pelas enfermeiras orientadoras, principalmente no estágio da Unidade de Cuidados na

Comunidade (UCC) por ter acesso facilitado ao domicílios das pessoas, para prevenção e eliminação de barreiras arquitetónicas, promovendo a mobilidade, a acessibilidade e a participação social, orientando a pessoa e os seus familiares na eliminação dessas barreiras, nomeadamente, a existência de tapetes, escadas/degraus, piso escorregadio, a disposição da mobília no quarto e áreas de circulação e o acesso à casa de banho e/ou à banheira/duche. Assim como, realizar propostas para eliminar essas barreiras, tais como a existência de superfícies antiderrapantes, remover tapetes, colocação de barras de apoio e utilização de ajudas técnicas disponíveis no mercado e adequadas à condição financeira da pessoa, percebendo também a necessidade de solicitar apoio junto da assistente social para colaborar neste aspeto. No âmbito do estágio no Serviço de Ortopedia foi possível desenvolver um folheto informativo sobre ajudas técnicas para atividades de vida diárias (AVD) (APÊNDICE 6.10.), para demonstrar algumas das ajudas técnicas e o seu propósito. Ao realizar as ações acima descritas pude também desenvolver as competências específicas do EEER (OE, 2019a), nomeadamente no domínio da competência J2 - capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania (J2.1. - Elabora e implementa programa de treino de atividades de vida diárias visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida; J2.2. - Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social), zelando pela dignidade e pela proteção da pessoa, com o intuito de melhorar a sua funcionalidade, maximizar a sua autonomia e a sua qualidade de vida.

E na colaboração realizada no Projeto "Mochila às Costas" da UCC, foi solicitado à escola de 1º ciclo que auferisse junto dos pais e encarregados de educação a autorização ou não para pesar e registar o peso das crianças e mochilas, assegurando a privacidade e vontade das mesmas.

Na UCC, houve oportunidade de referenciar algumas pessoas para o respetivo médico de família, solicitando a otimização e prescrição de terapêutica, a prescrição de dispositivos médicos a pessoas ostomizadas (ao abrigo dos regimes de comparticipação estabelecidos nas Portarias n.º 284/2016, de 4 de novembro, com a redação dada pela Portaria n.º 92-F/2017 e n.º 92-E/2017, de 3 de março (Portarias n.º 284, 2016); bem como colaborar diretamente com a Equipa Intra-Hospitalar de Suporte aos Cuidados Paliativos Pediátricos do hospital, da área de abrangência da unidade, nos cuidados de enfermagem de reabilitação a três crianças referenciadas para a unidade, com diagnósticos clínicos de lisencefalia, espinha bífida e insuficiência cardíaca. A integração

na UCC implicou conseguir reconhecer o limite da nossa intervenção em contexto domiciliário, e ainda, um conhecimento vasto sobre a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), uma vez que esta área de atuação implica uma avaliação constante das necessidades de cuidados de enfermagem que a pessoa requer, podendo ser necessário efetuar uma referenciação para outras tipologias de cuidados da RNCCI, como unidades de convalescença, de média e de longa duração, ou de cuidados paliativos). Esta prática de atuação, demonstra ética profissional, uma vez que de acordo com o CDE (CDE, 2015), o Enfermeiro deve orientar a pessoa para o profissional de saúde adequado para responder ao problema, quando o pedido não seja da sua área de competência". Deste modo, para garantir uma prática de cuidados profissional, ética e legal, em todos os momentos de estágio, foi necessário identificar as expectativas e os recursos de cada pessoa, sendo assim possível reconhecer o limite da nossa intervenção e ponderar uma eventual referenciação para outros níveis de cuidados.

### **3.1.2. Desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua dos locais de estágio**

Este objetivo foi delineado com base nas competências do EE (OE, 2019b), nomeadamente no domínio da melhoria contínua da qualidade (B1 — desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; B2 — concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; e B3 — cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro).

Pela diversidade de situações encontradas, nos diferentes locais de estágio, houve uma constante necessidade de revisão e atualização de conhecimentos de forma a garantir a qualidade dos cuidados prestados. Nos vários momentos de estágio, procurei conhecer a dinâmica e método de trabalho de cada local, bem como o papel e contributo do EEER na prestação de cuidados, os protocolos, as normas e documentação específica de cada local e as necessidades formativas dos mesmos.

No âmbito do estágio em contexto hospitalar foi possível desenvolver dois folhetos, enquadrados na temática do projeto de estágio, um sobre cateterismo vesical intermitente e um diário miccional (APÊNDICES 6.9. e 6.8.), estes dois folhetos permitiram colmatar uma lacuna referida pela equipa de enfermagem e permitiu sistematizar e uniformizar a intervenção da equipa de enfermagem à pessoa com

incontinência. O folheto sobre o cateterismo vesical intermitente, foi elaborado para facilitar a aquisição de conhecimento e ensinamentos à pessoa e familiares, explicando de forma sucinta, e com uma linguagem acessível à população-alvo, o que é o cateterismo vesical intermitente, os cuidados e os sinais de alerta, e a técnica. O folheto do diário miccional, é composto por uma tabela para a pessoa realizar o registo da quantidade de líquidos ingeridos, a frequência e o volume das micções, caracterizar a vontade de urinar e eventuais episódios de incontinência. Ao ser fornecido este folheto deve ser explicado a importância da monitorização deste aspeto e preenchimento honesto do diário, para auxiliar no planeamento das intervenções e na avaliação da eficácia das mesmas.

No estágio na RNCCI, foi possível colaborar na sessão de formação sobre Transferências, realizando o plano de sessão da formação (APÊNDICE 6.11.), inserido no “Curso de Formação para Profissionais de Saúde – Ciclo de Boas Práticas” daquela unidade, tendo como objetivos a aquisição de conhecimentos sobre mecânica corporal, transferências e produtos de apoio. A sessão de formação foi fundamental e pertinente para o trabalho dos profissionais da instituição, pois puderam esclarecer diversas dúvidas durante a sessão, assim como treinar as transferências com e sem recurso aos produtos de apoio existentes (tábua de transferência, cinto de transferência, disco de transferência, lençol tubular de transferência, elevador de transferência elétrico), após a demonstração. A exposição oral foi clara e com uma linguagem acessível à população-alvo, tendo uma boa dinâmica devido à possibilidade de demonstração e treino, segundo a minha perspetiva. Durante a sessão os profissionais da instituição foram participativos e demonstraram interesse em ouvir os nossos ensinamentos, sendo o feedback positivo.

No âmbito do estágio na UCC, foi possível colaborar na sessão de formação sobre Envelhecimento Ativo, realizando o plano de sessão da formação (APÊNDICE 6.5.), a apresentação (APÊNDICE 6.6.) e um folheto informativo (APÊNDICE 6.7.), inserido no “Mês do Idoso” (iniciativa desenvolvida por uma Associação Unitária de Reformados, Pensionistas e Idosos da área de abrangência da unidade), tendo como objetivos sensibilizar para a importância do envelhecimento ativo e saudável e promover uma imagem positiva do envelhecimento. A sessão de formação foi fundamental e pertinente para a população presente, pois esclareceram algumas dúvidas durante a sessão e explicaram o que já faziam no âmbito do envelhecimento ativo. No final da sessão foi possível realizar alguns exercícios, na qual as pessoas presentes demonstraram bastante interesse, participando ativamente. A exposição oral foi clara e com uma linguagem acessível à população-alvo, tendo uma dinâmica satisfatória, segundo a minha

perspetiva. No final da sessão, e em género de agradecimento, o grupo de expressão corporal da associação realizou um pequeno momento de teatro/dança sobre os enfermeiros, promovendo o envolvimento de todos os presentes.

O estágio na Comunidade, foi desenvolvido em grupo de estudantes do mestrado de enfermagem de reabilitação e em colaboração com a UCC, nomeadamente no Projeto "Mochila às Costas". Este projeto tem como objetivo promover hábitos posturais saudáveis e prevenir problemas musculoesqueléticos na criança através de atividades educativas e práticas. Neste estágio foi desenvolvido um protocolo de intervenção sobre um programa de educação postural para crianças do 1º ciclo, folhetos informativos (APÊNDICE 6.12.) com os temas "Adequar a Mochila", "Sentar Corretamente", "Manusear o Telemóvel" e " Postural Ideal ao Computador", disponíveis no site <https://careceiver.wixsite.com/mochilas>, e uma sessão de sensibilização/avaliação das mochilas junto das crianças de uma escola do 1º ciclo, da área de abrangência da unidade. Nesta sessão deslocámo-nos a uma escola do 1º ciclo, e interagimos com 4 turmas desde o 1º ao 4º ano de escolaridade. No início de cada sessão começámos por nos apresentar e realizar um pequeno jogo como quebra-gelo; posteriormente foram explicados todos os folhetos informativos, enfatizando os erros mais comuns sobre a utilização da mochila, do computador, do telemóvel e da postura sentados, de forma dinâmica e com uma linguagem acessível à população-alvo; depois foram efetuados os registos sobre o peso das crianças e das mochilas; e no final foi realizado um pequeno jogo de quantos-queres (APÊNDICE 6.13.), em que no interior continha alguns desenhos e códigos QR-code, que davam acesso aos folhetos informativos no site realizado, para que pudessem mostrar aos pais e encarregados de educação. Ao longo de toda a sessão as crianças mantiveram-se interessadas e participativas, sendo ajustada a ajuda no momento de trabalhos manuais (quantos-queres) consoante a idade das mesmas.

No âmbito do estágio no Serviço de Ortopedia foi possível desenvolver um folheto informativo sobre ajudas técnicas para AVD (APÊNDICE 6.10.), permitindo colmatar uma lacuna referida pela equipa de enfermagem, sistematizar informação e uniformizar as intervenções da equipa de enfermagem à pessoa no pós-operatório, para demonstrar algumas das ajudas técnicas e o seu propósito, de forma clara e com linguagem adequada à população-alvo.

No âmbito dos registos de enfermagem de Reabilitação, tive a oportunidade de efetuar registos dos cuidados de reabilitação no sistema *SClinic*, no sistema de registos da unidade da RNCCI e na plataforma da RNCCI, utilizando linguagem científica e

descrevendo detalhadamente as intervenções realizadas e a evolução de cada pessoa entre sessões, garantindo registos concisos de modo a não suscitar dúvidas aquando consultados, de forma a garantir uma uniformização na linguagem, e promovendo uma continuidade de cuidados eficaz. Foi possível levantar alguns diagnósticos, inerentes aos cuidados de reabilitação, nomeadamente o movimento muscular, a espasticidade, a rigidez articular, autocuidados (posicionar, vestir, beber, alimentar, uso do sanitário, higiene, andar, transferir), deglutição, risco de aspiração, limpezas das vias aéreas, ventilação, risco de úlcera por pressão, risco de queda, autocontrolo: continência intestinal e incontinência urinária, andar com auxiliar de marcha e equilíbrio corporal, possibilitando assim a evolução de cada pessoa como supramencionado.

Na UCC aquando do momento de admissão, era efetuada uma primeira visita/avaliação à pessoa e ao seu domicílio, sendo posteriormente efetuada uma nota de entrada descrevendo todo o historial clínico da mesma, a avaliação da situação atual da pessoa, as condições do seu domicílio, os objetivos da pessoa e o plano de reabilitação.

Ao longo dos diversos momentos de estágio, tive a oportunidade de utilizar diversos instrumentos de avaliação, essenciais na prática diária pelas equipas de enfermagem, recorrendo aos autores Menoita (2014) e Marques-Vieira & Sousa (2016) e ao conhecimento das enfermeiras orientadoras, para adequar qual o melhor instrumento de avaliação, como a Escala de *Braden*, para avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras por pressão; a Escala de *Morse*, para avaliação do risco de queda; Escala de Força Muscular *Medical Research Council*, para avaliação da força muscular; Escala de *Asworth* modificada, para avaliação do nível de espasticidade; Escada de *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS), para avaliação dos défices neurológicos relacionados com o AVC; Escala de *Berg* e de *Tinetti*, para avaliação do equilíbrio estático e dinâmico, na posição sentada e em ortostatismo; Escala de *Borg* modificada, para quantificar, através da perceção subjetiva do esforço, a intensidade aplicada no exercício, momento ou tarefa; Índice de *Barthel* e Medida de Independência Funcional, para avaliação do grau de dependência e o estado funcional da pessoa; Escala de *Glasgow*, para avaliação do estado de consciência; Mini Mental State Examination, para avaliar globalmente as funções cognitivas; Escala de *Gugging Swallowing Test* (GUSS) e de *Volume, Viscosity and Swallow Teste* (VVS-T), para identificação distúrbios de deglutição.

### **3.1.3. Desenvolver competências comuns do EE na área da conceção, gestão e supervisão de cuidados**

Este objetivo foi delineado com base nas competências do EE (OE, 2019b), nomeadamente no domínio da gestão dos cuidados (C1 – gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; C2 – adapta a liderança e gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados).

Independentemente do nível de cuidados em que o enfermeiro atua, este deve identificar os recursos disponíveis para que seja possível atender às necessidades da pessoa (OE, 2015c), e o EE deve otimizar e gerir os cuidados de enfermagem, enquanto gestor de cuidados, adequando os recursos existentes às necessidades identificadas (OE, 2019b).

No decorrer dos diversos momentos de estágio, foram lavrados dois estudos de caso (APÊNDICES 6.2. e 6.3.), neles encontram-se mencionadas as intervenções planeadas e executadas aos longo da prestação de cuidados às pessoas em estudo, demonstrando as competências desenvolvidas e trabalhadas, e que me permitiram reabilitar e aumentar a funcionalidade das mesmas. Segundo Popil (2011), a realização de estudos de caso continua a ser um dos melhores métodos de ensino para uma profissão baseada na prática, como a Enfermagem. A utilização de estudos de caso na formação de Enfermagem facilita a aplicação dos conhecimentos teórico-práticos, o desenvolvimento do raciocínio clínico e tomada de decisão (McLean,2016), e a reflexão sobre a decisões tomadas para avaliação contínua e ajuste das intervenções em conformidade (Manetti, 2018).

No contexto comunitário, durante o estágio na UCC, foi evidente que o EEER desempenha o papel de gestor, gerindo e avaliando as novas admissões, que são distribuídas consoante as suas necessidades e especificidades, maximizando o potencial de intervenção dos vários elementos da equipa, quer sejam EE ou enfermeiros de cuidados gerais. Valorizando assim o papel individual de cada elemento, evidenciando o papel do EE na liderança de equipa e na gestão dos recursos da mesma, tal como preconizado nas Competências Comuns do EE (OE, 2019b).

Também durante o estágio da UCC, foi possível acompanhar a Sr.<sup>a</sup> G.O. de 79 anos, previamente independente e cuidadora informal do marido com doença de alzheimer. A Sr.<sup>a</sup> G.O. foi submetida a uma cirurgia abdominal, com complicações no

pós-operatório, resultando em síndrome de imobilidade por repouso prolongado. Na primeira visita ao seu domicílio, para avaliação da situação, foi possível observar a preocupação da Sr.<sup>a</sup> relativamente ao facto de não conseguir prestar cuidados ao marido e neste momento ser sua filha a cuidar de ambos, e ao facto de não conseguir deambular pela casa de forma autónoma. A filha, atual cuidadora informal dos pais, demonstrava interesse em ajudar a mãe no processo de reabilitação e em reduzir a ansiedade da mãe perante a situação mencionada.

Primeiramente, procurámos compreender as preocupações e as expectativas da Sr.<sup>a</sup> G.O., procurando realizar uma avaliação centrada na pessoa, considerando as suas necessidades físicas, emocionais, espirituais e sociais, procurando de forma empática demonstrar que compreendíamos a sua tristeza, por neste momento não conseguir cuidar do ser marido, e explicando de forma concisa os benefícios da reabilitação para recuperar a sua autonomia e independência, para voltar a cuidar de si e dos seus como desejava (McComarck, 2019). Nessa primeira avaliação a Sr.<sup>a</sup> também referiu dor nos membros inferiores, que se encontravam edemaciados (associado à insuficiência cardíaca), com rubor e calor, sendo efetuado o seu encaminhamento para observação médica (REPE, Decreto-Lei nº161/69); na segunda visita ao domicílio a Sr.<sup>a</sup> já tinha sido observada pelo médico que lhe diagnosticou erisipela, em ambos os membros inferiores, e prescreveu antibioterapia.

Com base na avaliação efetuada e nas preocupações da Sr.<sup>a</sup> G.O., foi delineado um plano de cuidados de reabilitação. Ao longo das sessões foi possível estabelecer uma relação empática e de confiança com ambas, promovendo a adesão da Sr.<sup>a</sup> G.O. ao plano de reabilitação e a capacitação da filha para desempenhar ativamente no processo de reabilitação da mãe. Em casa sessão era notória a vontade e melhoria exponencial do humor e da função motora da Sr.<sup>a</sup> G.O. que referia sempre que já tinha conseguido fazer determinado percurso em casa, ou que já tinha conseguido alimentar o marido porque tinha mais equilíbrio, ou até mesmo calçar os sapatos sozinha com aquela calcadeira. Foi ainda incluído no plano de reabilitação o treino de entrar e sair do carro com andarilho, a pedido da filha que queria levar a mãe a ver a praia. O enfermeiro deve promover a participação ativa da pessoa e da família nos cuidados, potenciando e rentabilizando os recursos existente (REPE, Decreto-Lei nº161/69). Envolvendo a filha da Sr.<sup>a</sup> G.O. foi possível otimizar e gerir os cuidados e recursos disponíveis, promovendo envolvimento e colaboração no processo de reabilitação e desenvolvimento de um ambiente terapêutico seguro, de respeito mútuo e de valorização da pessoa.

No que concerne à integração multidisciplinar, no contexto do serviço de internamento de neurologia e de ortopedia, foi importante a observação do trabalho em equipa para perceber uma dinâmica diferente, dado que o EEER consegue estar presente em todos os momentos do dia da pessoa, sendo possível a intervenção nas atividades de autocuidado, treinando a pessoa para o aumento da sua independência e autonomia, indo de encontro à literatura no que concerne às intervenções promotoras de continência e de acordo com Orem (2001). Ao trabalhar com a pessoa para melhorar sua funcionalidade, perante uma situação de incontinência urinária e/ou intestinal, procuramos capacitá-la a adaptar-se às limitações impostas por essas condições, enquanto os efeitos do processo de reabilitação se manifestam, podendo essas limitações ser temporárias ou permanentes. Essa abordagem permite que a pessoa enfrente as suas dificuldades, compreenda as adaptações necessárias perante a incontinência e regresse ao seu domicílio de forma mais independente, promovendo uma melhoria significativa na sua capacidade funcional (Reis & Bule, 2016).

Marques-Vieira & Sousa (2016) corrobora o supradescrito, uma vez que afirma que o EEER identifica limitações e incapacidades, implementa intervenções direcionadas à prevenção de complicações, e capacita a pessoa de conhecimentos que favorecem tomadas de decisão fundamentadas, relativamente ao seu processo de reabilitação. Tendo como principal objetivo aumentar a qualidade de vida e maximizar a funcionalidade da pessoa (OE, 2019a). O EEER assume assim um papel de liderança na gestão dos cuidados de enfermagem, procurando garantir a qualidade e continuidade dos cuidados. Em diversos momentos, ao longo do estágio, as enfermeiras orientadoras demonstraram ser figuras fundamentais, pela sua proximidade à pessoa e família, ser pilares no planeamento, conceção e gestão de programas de reabilitação, ajustados às necessidades funcionais da pessoa.

#### **3.1.4. Integrar e colaborar com a equipa multidisciplinar no desenvolvimento de estratégias ou programa de reabilitação no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa com incontinência após AVC**

Este objetivo foi delineado com base nas competências do EE (OE, 2019b), nomeadamente no domínio da melhoria contínua da qualidade (B1 – garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; B2 – desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; B3 – garante um ambiente terapêutico

e seguro), da gestão dos cuidados (C1 – gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; C2 – adapta a liderança e gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados) e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D1 - desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; D2 - baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica), e nas competências específicas do EEER (OE, 2019a), nomeadamente no domínio da competência J1 - cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados (J1.1. - avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades; J1.2. - concebe 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; J1.3. - implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade; J1.4. - avalia os resultados das intervenções implementadas).

Para assegurar o sucesso do programa de reabilitação, é necessário que haja uma continuidade de cuidados, o que implica o envolvimento da equipa multidisciplinar, assim como da pessoa e da sua família, para a elaboração de um plano de cuidados eficaz. Durante os momentos de estágio, testemunhou-se a interação entre os diversos elementos das equipas com que estive inserida. Para maximizar a eficácia e eficiência dos cuidados prestados é fundamental que exista uma boa articulação e comunicação entre todos elementos, conforme corroborado pelo autor Kohler *et al.* (2021). Por exemplo no domicílio, na ausência do EEER, é a família ou o cuidador informal que garantem a segurança da pessoa, o cumprimento do programa definido e prestação dos cuidados necessários.

Em termos de relação com a equipa multidisciplinar, nos serviços de internamento ou na unidade da RNCCI, em conjunto com a equipa de enfermagem informava a equipa médica da evolução das pessoas, solicitava a otimização de terapêutica, assim como planeávamos a preparação para a alta.

Idealmente o planeamento da alta deve ter início na admissão da pessoa na instituição de saúde (Menoita, 2014), seja em serviços de internamento ou em unidades da RNCCI. Para tal, no caso da Sr.<sup>a</sup> S.N. procurou-se entender o seu contexto familiar e, dado o seu nível de dependência (por hemiplegia direita), explicou-se à família que o nível de dependência e que seria necessário promover a sua readaptação funcional. A

família demonstrou-se disponível para assegurar todos os cuidados à Sr.<sup>a</sup> S.N., no entanto a família foi encaminhada para a assistente social para perceber os apoios às quais poderia recorrer no domicílio. Dado o potencial da Sr.<sup>a</sup> S.N. foi iniciado o processo de referenciação para uma Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR), na RNCCI. Em simultâneo, durante o internamento foram iniciados ensinamentos à Sr.<sup>a</sup> S.N. e à família de forma a promover a readaptação funcional da mesma, a capacitação desta e da família para o autocuidado (Menoita, 2014), identificando as barreiras arquitetónicas existentes no domicílio, e realizando sessões de exercícios musculó-articulares na presença e em colaboração com a família, procurando maximizar o potencial da Sr.<sup>a</sup> S.N.

No serviço de internamento de ortopedia era similar, sendo planeado entre a equipa de enfermagem e a equipa médica o levante precoce e o início da reeducação funcional motora (RFM).

Saliento que nos diversos momentos de estágio, senti que fui encarada como uma colega de trabalho e não como uma estudante, sendo desde cedo considerada como parte integrante da equipa, assim como pela restante equipa multidisciplinar, o que facilitou a integração nos locais. Por exemplo, quando me encontrava nos locais a equipa de enfermagem solicitava a minha colaboração e/ou opinião em diversos casos, como na avaliação da deglutição, da função respiratória (sinalizando a necessidade de reeducação funcional respiratória [RFR]), do equilíbrio e na realização de transferências. No serviço de internamento de neurologia, trabalhávamos a par com a equipa de fisioterapia, delineando em conjunto algumas das intervenções a realizar de acordo com as necessidades das pessoas internadas no serviço. Na unidade da RNCCI, pude intervir junto da nutricionista para ajuste de dietas de acordo com a alteração na deglutição da pessoa, para restringir a utilização de estimulantes ou aumentar a ingestão de fibra, em caso de situação de incontinência urinária ou intestinal. Nessa mesma unidade, foi também possível realizar em conjunto com a terapeuta da fala avaliações da deglutição, e ainda ocorreu a colaboração com a equipa de fisioterapeutas da unidade, na dinamização da atividade do "Dia do Idoso", com a realização de jogos didáticos e promotores do envelhecimento ativo (ANEXO 7.2.). Todas estas ações promoveram a interação entre a equipa multidisciplinar e comprovaram a importância da mesma, uma vez que cada profissional desempenha a sua função, partilhando conhecimentos e estratégias com o principal objetivo de promover a qualidade dos cuidados prestados e a reabilitação das pessoas, conforme corroborado pelo autor Kohler *et al.* (2021).

### **3.1.5. Desenvolver uma prática especializada baseada na evidência científica, ampliando conhecimentos nos domínios científico, técnico e humano na área da reabilitação à pessoa com incontinência após AVC**

Este objetivo foi delineado com base nas competências do EE (OE, 2019b), nomeadamente no domínio da melhoria contínua da qualidade (B1 – garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; B2 – desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; B3 – garante um ambiente terapêutico e seguro) e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D1 - desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; D2 - baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica).

Devido à lacuna denotada, aquando da realização do projeto de estágio, relativamente aos estudos na área da incontinência após AVC, tive a necessidade aprofundar a minha pesquisa relativamente a intervenções de reabilitação de forma a conseguir prestar cuidados fundamentados, com o intuito de conseguir avaliar a pessoa e mobilizar o conhecimento científico e prático, adquiridos na prestação de cuidados especializados.

Todas as intervenções realizadas foram planeadas com base em livros, em artigos científicos e nas aulas, sendo previamente validados e supervisionados pelas enfermeiras orientadoras. Ao longo dos vários contextos de estágio, foi possível aplicar as técnicas e procedimentos aprendidos, com a supervisão das enfermeiras orientadoras, o que facilitou a aplicação prática da teoria aprendida, aumentando os meus conhecimentos e dotando-me da capacidade/habilidade necessários para a prestação de cuidados de reabilitação, com autonomia e segurança, às pessoas e situações com as quais me deparava. Em diversos momentos verifiquei a necessidade de adequar os cuidados aos materiais disponíveis, ou pela inexistência do mesmo ou pelo elevado número de pessoas a requisitar, o que potenciou o desenvolvimento de conhecimento e adaptação.

Relativamente à da incontinência após AVC, algumas intervenções direcionadas foram fundamentais para a reabilitação das pessoas. Foram implementadas intervenções específicas e dirigidas aos MPP, como exercícios de fortalecimento e treino funcional para melhorar o controlo urinário e reduzir os episódios de incontinência. A implementação de intervenções dirigidas ao seu fortalecimento tem como intuito potenciar a capacidade estrutural de suporte dos MPP, através do incremento do tónus muscular e do tecido conjuntivo (Amorim *et al.*, 2022). Adicionalmente, e apesar de não ter tido a

oportunidade de utilizar o *badder scan* durante o estágio, a utilização do *bladder scan* permite avaliar a retenção urinária de forma não invasiva e orientar estratégias terapêuticas adequadas (Widdall, 2015; Ferreira & Simões, 2024).

Ao longo dos vários contextos de estágio fui confrontada com casos de pessoas com outras necessidades e patologias, para além da incontinência após AVC, como por exemplo pessoas com doença do neurónio motor e doença de Parkinson, tendo sido efetuado treino de marcha com e sem auxiliar de marcha, treino de equilíbrio e de transferências; pessoas com infeções respiratórias e pneumonias de aspiração, tendo sido realizada RFR; pessoas com AVC e encefalopatia hipóxico-isquémica, tendo sido realizada RFR, RFM e avaliação de deglutição; pessoas com fratura do colo do fémur e submetidas a artoplastias do ombro, anca e joelho, tendo sido realizada RFM. Nestas últimas situações foram prestados alguns cuidados de pré e pós-operatório, de carácter generalista, como tratamento de feridas e remoção de drenos e administração de terapêutica, assim como RFR e RFM no pré-operatório, para prevenir complicações após a intervenção cirúrgica, e RFM no pós-operatório.

O conhecimento teórico-prático aprendido permitiu-me identificar problemas e necessidades e planear intervenções para reabilitar e aumentar a funcionalidade da pessoa, sendo elaborado um plano de cuidados. Nos estudos de caso realizados (APÊNDICES 6.2. e 6.3.) encontram-se mencionadas as intervenções planeadas e executadas aos longo da prestação de cuidados às pessoas em estudo, demonstrando as competências desenvolvidas e trabalhadas, e que me permitiram reabilitar e aumentar a funcionalidade das mesmas. Deste modo, fui capaz de prestar cuidados de reabilitação com obtenção de resultados positivos na recuperação funcional de pessoas com incontinência após AVC, sendo evidente a comparação em termos da frequência de episódios de incontinência, como se pode verificar nos APÊNDICES 6.2. e 6.3. Estes resultados vão de encontro aos achados do estudo quantitativo, quase-experimental, longitudinal, realizado numa unidade de convalescença em Portugal (Chiado et al., 2022), que demonstrou que os programas de reabilitação funcional podem resultar em melhorias significativas na gestão da incontinência urinária na pessoa após AVC. O estudo evidencia a importância de intervenções direcionadas, como exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico e mudanças comportamentais, para reduzir a frequência e a intensidade dos episódios de incontinência, assim como a melhoria na qualidade de vida dessas pessoas. Este artigo científico suporta a eficácia das

intervenções descritas nos estudos de caso realizados, reforçando os resultados positivos obtidos na recuperação funcional e na reabilitação das pessoas em estudo.

Com base na revisão *Scoping* realizada, foi elaborado um póster (APÊNDICE 6.4.) que foi divulgado nas IV Jornadas Científicas da Egas Moniz School of Health & Science, realizadas em novembro de 2023, de forma a partilhar os resultados obtidos e promover o avanço do conhecimento sobre a temática.

No seguimento da busca constante de evidência científica para sustentar a prática clínica, participou-se no módulo "*Stroke and Incontinence*" da *Continence Foundation of Australia*, em modo e-learning, no dia 7 de Janeiro de 2024. Este curso permitiu a aquisição de mais conhecimentos sobre a incontinência após AVC (ANEXO 7.1.).

Iniciou-se ainda o curso avançado "*Pelvic Floor Muscle Assessment Skills Training*" da *Continence Foundation of Australia*, em colaboração com a Universidade de Melbourne, em modo e-learning, tendo sido apenas concluído após o término do estágio.

As atividades realizadas além de permitirem a aquisição de competências do EE e do EEER, demonstram o desenvolvimento das competências preconizadas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos, referentes ao grau de Mestre, sendo demonstrado conhecimento e capacidade de compreensão a um nível que permitiu o desenvolvimento de novas abordagens, contribuindo para a criação de intervenções originais em contexto de investigação (European Frameworks for Qualifications, 2005).

### **3.1.6. Potenciar a funcionalidade da pessoa com incontinência, após AVC, promovendo um ambiente terapêutico para a pessoa e família, nos vários contextos de estágio**

Este objetivo foi delineado com base nas competências do EE (OE, 2019b), nomeadamente no domínio da melhoria contínua da qualidade (B1 – garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; B2 – desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; B3 – garante um ambiente terapêutico e seguro), e nas competências específicas do EEER (OE, 2019a), nomeadamente no domínio da competência J3 – maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (J3.1. - concebe e implementa programas de treino, motor, cardíaco e respiratório; J3.2. - avalia e reformula programas de treino motor, cardíaco e respiratório em função dos resultados esperados.).

A elaboração de um plano de cuidados, implica que haja o envolvimento da pessoa e da sua família, para a elaboração de um plano de cuidados eficaz (Bocchi & Angelo, 2005). Procurando que o mesmo seja individualizado e adequado à sua realidade e potencial. Ao lavrar um plano de cuidados, procurei criar uma relação empática com a pessoa, conhecendo a sua história, a sua realidade habitacional, a sua família e rede de apoio, o seu contexto profissional e formativo. Ao adquirir estas informações conseguiu-se realizar um plano de cuidados individualizado a cada pessoa, indo ao encontro dos objetivos e evolução esperados, assim como adequar a comunicação e linguagem, de forma a garantir que toda a informação transmitida era compreendida.

Além disso, de acordo com Helty et al. (2022), o envolvimento ativo da pessoa, dos familiares e pares no cuidado de enfermagem está associado a melhorias significativas na funcionalidade das pessoas com incontinência urinária após AVC. O estudo destaca que a participação conjunta nessas atividades, cria um ambiente terapêutico mais eficaz e seguro, promovendo a autonomia e a qualidade de vida pessoas. Essa evidência reforça a importância de integrar a família, e a rede de apoio da pessoa, ao longo de todo o processo de reabilitação, prática que se mostrou fundamental durante o estágio.

Durante as sessões de reabilitação, foram priorizadas as intervenções que promovessem a autonomia de pessoa, dotando-a de estratégias para que conseguisse realizar o máximo de atividades autonomamente (Trindade et al., 2020).

Para facilitar a aquisição de conhecimento e garantido que a informação transmitida entre sessões não seria esquecida, era fornecido o plano de exercícios (que incluía a descrição dos movimentos, reforçada com imagens, e revisto pelas orientadoras) promovendo a realização dos mesmos ao longo do dia, sozinho ou com apoio da família (Orem, 2001; Bocchi & Angelo, 2005; Arkan *et al*, 2019). Se fosse esse o caso, esse documento incluía ainda o modo como a família deveria colaborar, como por exemplo fixando o pé e o joelho do membro inferior plégico, para que a pessoa conseguisse realizar elevação da bacia (ponte) e ponte com contração muscular (exercício isométrico). Este tipo de intervenção facilitava também as sessões seguintes e o envolvimento da pessoa e da família no processo de reabilitação, otimizando o progresso da pessoa e promovendo o desenvolvimento de um ambiente seguro.

Ao promover a autonomia e a independência da pessoa com incontinência após AVC, ou de qualquer deficiência, através do treino de autocuidados, de autocontrolo e de AVD, dotando-a de estratégias para que consiga realizar o máximo de atividades

autonomamente, e de forma que aprenda a adaptar-se à vida com limitações (Orem, 2001), permite que a pessoa enfrente as suas dificuldades, compreenda as adaptações necessárias perante a incontinência e regresse ao seu domicílio de forma mais independente, promovendo uma melhoria significativa na sua capacidade funcional (Reis & Bule, 2016), e resultando num impacto positivo na sua qualidade de vida, como evidenciado na literatura.

### **3.1.7. Desenvolver estratégias de autoconhecimento e assertividade, que facilitem o relacionamento com a pessoa, família e equipa multidisciplinar**

Este objetivo foi delineado com base nas competências do EE (OE, 2019b), nomeadamente no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D1 - desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; D2 - baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica).

Conforme supramencionado noutro subcapítulo, houve a oportunidade de realizar estágio em diferentes locais, vertentes, populações e, pelo facto de serem contextos e áreas diferentes, permitiu que prestasse cuidados de diferentes formas e a diferentes patologias. Desse modo, em termos de competências pessoais, pude familiarizar-me com a organização e visão das instituições em que realizei estágio, aprofundar as minhas capacidades de relação, comunicação e adequação do discurso, assim como a capacidade de planeamento, gestão de tempo e de materiais.

A título de exemplo, no estágio na UCC, inserida numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), em que a missão da mesma é prestar cuidados de saúde domiciliários de natureza preventiva, curativa, de reabilitação e paliativa, com particular relevância para a reabilitação e promoção da autonomia do bem-estar das pessoas em situação de dependência, de forma contínua e integrada, de acordo com uma avaliação multidisciplinar. Sendo assim possível trabalhar todas as áreas de intervenção do EEER. Uma vez que nesta situação os cuidados são prestados no domicílio da pessoa, a inexistência de produtos de apoio para realizar determinadas técnicas ou exercícios é uma situação a resolver, o que permitiu desenvolver também a imaginação e adaptação às situações, procurando, com o apoio da orientadora, adaptar os materiais existentes no domicílio para que se assemelhassem à função que necessitávamos, como por exemplo fixar uma banda elástica nas barras horizontais na lateral de um andarilho para realizar resistência na realização de exercícios de flexão/extensão coxofemoral, na utilização de

sacos de arroz como pesos, e na utilização de almofadas para criar resistência na realização de exercícios de adução coxofemoral.

Ao longo do estágio, foi também evidente a disparidade do comportamento das pessoas no que se refere à motivação para melhorar a sua situação de saúde. Enquanto algumas pessoas apresentavam uma elevada vontade de participar ativamente no processo de reabilitação, comprometendo-se com o plano de reabilitação delineado, outros demonstravam menor motivação ou mesmo resistência, necessitando de maior incentivo e apoio. Essa situação desafiou-me a adotar uma postura assertiva, empática e de respeito pelo outro, ajustando estratégias de comunicação e intervenção que fossem adequadas às características e necessidades individuais de cada pessoa, tais como valores, atitudes, cultura, crenças e desejos.

Essas competências estão alinhadas com a literatura recente, que reforça a importância do autoconhecimento no desenvolvimento da prática profissional. O estudo de Costa *et al.* (2020) ressalta que a reflexão sobre as próprias crenças e atitudes é uma ferramenta essencial para que os profissionais de saúde possam entender como seus valores pessoais podem impactar diretamente a qualidade do cuidado oferecido, especialmente em contextos de reabilitação, onde a individualização do cuidado é crucial (Costa *et al.*, 2020).

Além disso, o desenvolvimento da flexibilidade nas interações para com a pessoa em processo de reabilitação, é um elemento-chave para o sucesso da prática de enfermagem de reabilitação. A pesquisa de Sousa *et al.* (2019) confirma que, ao trabalhar em diferentes meios e com populações diversas, o enfermeiro deve adotar uma postura empática e de respeito para com as diferenças culturais e sociais, uma vez que estas influenciam significativamente o processo de reabilitação (Sousa *et al.*, 2019). O enfermeiro deve, portanto, ser capaz de ajustar suas intervenções, garantindo que estas estão alinhadas, não apenas com as necessidades clínicas, mas também com as expectativas e valores da pessoa.

De acordo com Silva (2018), a capacidade de refletir sobre a própria prática e o impacto das nossas crenças na relação terapêutica é fundamental para a promoção de um cuidado ético e culturalmente sensível, especialmente no contexto de reabilitação, dado que as pessoas enfrentam desafios de cariz emocional e psicológico, para além da alteração física (Silva, 2018).

A reflexão contínua permitiu aprimorar a capacidade de adaptação, fomentando o desenvolvimento uma base sólida para uma prática mais empática e em colaboração constante com as pessoas, respeitando suas crenças e identidade pessoal.

Relativamente ao desenvolvimento de competências profissionais, a aplicação prática dos conhecimentos teóricos previamente aprendidos, a vontade de aprender e a procura proativa de oportunidades de crescimento, a contínua necessidade de atualização e pesquisa intrínsecas à confrontação com diferentes patologias e realidades e o trabalho em conjunto com equipas multidisciplinares, permitiu-me desenvolver, ao longo de todos os contextos de estágio, competências profissionais que me habilitam para a prestação de cuidados como futura EEER, explanadas nos subcapítulos.

Em suma, o autoconhecimento e as experiências proporcionadas pelos diferentes contextos de estágio permitiram não apenas atingir este objetivo, mas também interiorizar e desenvolver o papel fundamental do EEER, cujo foco está na reabilitação da funcionalidade da pessoa, na sua capacitação e da família e na motivação para a mudança de comportamentos.

### **3.1.8. Identificar as situações de incontinência após AVC que requerem intervenção do EEER**

Este objetivo foi delineado com base nas competências específicas do EEER (OE, 2019a), nomeadamente no domínio da competência J1 - cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados (J1.1. - avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades; J1.2. - concebe 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; J1.3. - implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade; J1.4. - avalia os resultados das intervenções implementadas).

Ao elaborar o plano de cuidados é importante antecipar a evolução da pessoa, permitindo assim avaliar se as intervenções aplicadas estão a produzir os resultados desejados ou se é necessário fazer ajustes. Na elaboração dos planos de cuidados, identificaram-se problemas, estabeleceram-se diagnósticos, definiram-se objetivos para cada diagnóstico, e elaboraram-se intervenções de enfermagem para alcançar esses

objetivos, posteriormente avaliaram-se os resultados alcançados. Esta avaliação possibilitou acompanhar a evolução de cada pessoa, o que é crucial para entender os efeitos do plano e, se necessário, adaptá-lo. A definição dos objetivos baseou-se na avaliação do potencial da pessoa, e do objetivo individual e direcionado para a realidade, proporcionando uma compreensão gradual e uma previsão do seu prognóstico. Por exemplo, uma pessoa com imensas comorbilidades associadas e que previamente ao AVC, já seria parcialmente ou totalmente dependente dificilmente viria a readquirir a independência total, dado que o seu nível de dependência já era moderado-elevado, sendo assim necessário ajustar os objetivos para essa pessoa de acordo com a sua condição previa ao internamento e com o seu potencial de reabilitação, gerindo as expectativas da própria e da sua família (Menoita, 2014; Winstein *et al.*, 2016; Marques-Vieira & Sousa, 2016). Todavia, aprendi que cada situação é única e que, com dedicação e vontade da pessoa, o plano de reabilitação pode alcançar resultados muito positivos e desenvolver uma diferença significativa na funcionalidade e qualidade vida da pessoa. Para avaliar o progresso das pessoas com a qual pude trabalhar, foram utilizadas escalas e efetuadas avaliações com base nas mesmas, permitindo assim obter conclusões sobre a sua evolução. Alguns desses resultados foram mencionados neste capítulo e estão detalhados de forma mais completa nos APÊNDICES 6.2. e 6.3.

Para identificar as situações de incontinência após AVC é necessário realizar uma avaliação inicial, incluindo o historial de problemas urológicos e intestinais e o padrão de eliminação, prévios ao AVC; a identificação do tipo incontinência, determinando se a incontinência é urinária, intestinal ou ambas, e a sua caracterização, se é de esforço, de urgência, mista ou noturna; a avaliação da capacidade da pessoa para reconhecer a vontade de urinar/evacuar e/ou a perceção de já o ter feito; a avaliação da capacidade desta se deslocar à casa de banho ou solicitar algum dispositivo, e realizar a sua higiene pessoal; a identificação fatores que possam contribuir para a incontinência, como diminuição da força muscular, espasticidade, perda de mobilidade, afasia, apraxia ou déficit de atenção (Fisher, 2014; Winstein *et al.*, 2016; Marques-Vieira *et al.*, 2016; Arkan *et al.*, 2019; Thomas *et al.*, 2019; Marsden *et al.*, 2021; Kohler *et al.*, 2021; Chiado *et al.*, 2022); e realização de exame físico do pavimento pélvico, que inclui a observação da região genital e perianal, e da contração dos MPP (Amorim *et al.*, 2022); efetuar o preenchimento de um diário miccional de 3 dias, para compreender a quantidade de líquidos ingeridos, a frequência e o volume das micções, e o número de episódios de incontinência urinária (Arkan *et al.*, 2019; Fisher, 2014; Marsden *et al.*, 2021; Bhalla & Birns, 2015; Winstein *et al.*, 2016; Marques-Vieira *et al.*, 2016); e de um

diário de hábito intestinal de 7 dias, para compreender a consistência das fezes, a frequência de dejeções, e o número episódios de incontinência intestinal (Hoeman, 2011; Bhalla & Birns, 2015; Winstein *et al.*, 2016; Marques-Vieira *et al.*, 2016; Marsden *et al.*, 2021).

A título de exemplo, durante o estágio na unidade da RNCCI, foi possível acompanhar o Sr. J.B. de 85 anos, previamente autónomo nos autocuidados e que realizava marcha com auxiliar de marcha bilateralmente (canadianas). O Sr. J.B. que deu entrada na unidade da RNCCI com o diagnóstico de fratura do colo do fémur esquerdo, após uma queda no domicílio. Foi efetuada a avaliação inicial, exame físico e avaliação funcional do Sr. J.B., e para além da sua alteração motora e cognitiva, foi identificada incontinência urinária e intestinal, mas que o Sr. não sabe precisar desde quando. Dado a desorientação no tempo e no espaço apresentada pelo Sr. J.B. não foi possível efetuar o preenchimento de um diário miccional e de hábitos intestinais, no entanto era referido pelo próprio que “não conseguia aguentar a vontade” de urinar e/ou evacuar.

Ao longo do processo de reabilitação do Sr. J.B. foram efetuados ensino e treino sobre modificações comportamentais como treino esfinteriano, incluindo técnicas de distração para inibir a vontade de urinar, como a contração dos MPP aquando da urgência urinária) (Chiado *et al.*, 2022; Holroyd, 2019; Kohler *et al.*, 2021; Marsden *et al.*, 2021; Bhalla & Birns, 2015); treino de hábitos miccionais com programação da micção (Arkan *et al.*, 2019; Chiado *et al.*, 2022; Fisher, 2014; Holroyd, 2019; Kohler *et al.*, 2021; Jiang *et al.*, 2022; Marsden *et al.*, 2021; Myers & Smith, 2022; Thomas *et al.*, 2019; Widdall, 2015; Bhalla & Birns, 2015), incluindo técnica de posicionamento para facilitar a micção e planeamento das micções; treino intestinal, incluindo planeamento da rotina, recurso ao reflexo gastrocólico, técnica de posicionamento correto, e privacidade (Hoeman, 2011; Bhalla & Birns, 2015); gestão da ingestão hídrica e dieta (Hoeman, 2011; Chiado *et al.*, 2022; Fisher, 2014; Holroyd, 2019; Marsden *et al.*, 2021; Kohler *et al.*, 2021; Thomas *et al.*, 2019; Widdall, 2015; Bhalla & Birns, 2015); e ensino e treino de exercícios de fortalecimento dos MPP (Alves *et al.*, 2019; Arkan *et al.*, 2019; Chiado *et al.*, 2022; Holroyd, 2019; Jiang *et al.*, 2022; Kohler *et al.*, 2021; Marsden *et al.*, 2021; Myers & Smith, 2022; Thomas *et al.*, 2019; Widdall, 2015; Hoeman, 2011; Bhalla & Birns, 2015; Winstein *et al.*, 2016; Rocha & Redol, 2016).

A par destas intervenções foi reforçado junto da equipa de enfermagem e de assistentes operacionais, a importância de dar continuidade ao plano de reabilitação do Sr. J.B., e a necessidade de o incentivar a urinar no urinol/casa de banho, incentivar a

evacuar na casa de banho, do planeamento da eliminação urinária (como por exemplo urinar antes de ir dormir) e da eliminação intestinal (escolher uma hora após as refeições para evacuar, aproveitando o reflexo gastrocólico, e disponibilizar tempo para ir à casa de banho), e da gestão da ingestão de líquidos no período noturno.

Inicialmente o Sr. J.B. apresentou alguma dificuldade na realização dos exercícios e nas técnicas ensinadas, mas foi aderindo ao plano de reabilitação. Dado à sua adesão, foi melhorando o seu padrão de eliminação urinária e intestinal, reduzindo os episódios de incontinência urinária e intestinal, conforme descrito no APÊNDICE 6.3.

### **3.1.9. Elaborar, implementar e avaliar os programas de reabilitação, aplicados à pessoa e família com alterações do foro sensorial-motor/neurológico, tendo em vista a promoção do autocuidado, visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida**

Este objetivo foi delineado com base nas competências do EE (OE, 2019b), nomeadamente no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (A1 — Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; A2 — Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais), da melhoria contínua da qualidade (B1 – garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; B2 – desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; B3 – garante um ambiente terapêutico e seguro) e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D1 - desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; D2 - baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica), e nas competências específicas do EEER (OE, 2019a), nomeadamente no domínio da competência J1 - cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados (J1.1. - avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades; J1.2. - concebe 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; J1.3. - implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade; J1.4. - avalia os resultados das intervenções implementadas), da competência J2 - capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania (J2.1.

- Elabora e implementa programa de treino de atividades de vida diárias visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida; J2.2. - Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social), e da competência J3 – maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (J3.1. - concebe e implementa programas de treino, motor, cardíaco e respiratório; J3.2. - avalia e reformula programas de treino motor, cardíaco e respiratório em função dos resultados esperados.).

Ao longo dos vários contextos de estágio fui confrontada com casos de pessoas com outras necessidades e patologias, para além da incontinência após AVC, como supramencionado, sendo também possível efetuar todo o acompanhamento desde a admissão até à alta, de uma pessoa submetida a artoplastia total do joelho, planeando o regresso a casa e sempre com o objetivo da recuperação funcional e maximização da independência e qualidade de vida pessoa. No caso do Sr. C.F., de 61 anos, foi possível efetuar a sua admissão no Serviço de Ortopedia, efetuar todo o acolhimento ao serviço, avaliação inicial, esclarecer dúvidas sobre o pós-operatório e realizar RFR e RFM no pré-operatório, para prevenir intercorrências no pós-operatório, e no pós-operatório.

No pós-operatório, as complicações do foro respiratório têm uma prevalência entre 1% - 23%, sendo das mais frequentes (Odor et al., 2020). A realização de RFR no pré-operatório tem como intuito melhorar a função pulmonar, reduzir o risco de intercorrências no pós-operatório, melhorar o volume expiratório forçado e reduzir o tempo de internamento (Fujimoto & Nakayama, 2019). Foi explicado ao Sr. C.F. o intuito da realização de RFR no pré-operatório, tendo sido realizado posteriormente ensinamentos e treino de posição de descanso e relaxamento, de controlo e dissociação dos tempos respiratórios, de exercícios de reeducação globais e seletivos (abdomino-diafragmáticos e costais, com e sem resistência), de expiração forçada e de tosse voluntária (Araujo et al, 2023; Correia et al, 2022; Sousa & Carvalho, 2016).

Relativamente à RFM no pré-operatório, foram realizadas intervenções com o intuito de reduzir o desenvolvimento de complicações no pós-operatório, diminuir a dor, melhorar a amplitude articular, aumentar a força muscular, com vista à melhoria da funcionalidade e qualidade de vida após a cirurgia (Hoeman, 2011; Sousa & Carvalho, 2016). As intervenções incidiram em ensinamentos e treino sobre exercícios isométricos e isotónicos, levantar e transferências, treino de marcha com auxiliar de marcha (andarilho/canadiana), posicionamento no leito e do membro intervencionado (Hoeman, 2011; Sousa & Carvalho, 2016).

Posteriormente à intervenção cirúrgica, nas primeiras 24 horas, com o objetivo de promover a mobilização do Sr. C.F., prevenindo complicações de imobilidade pós-cirúrgicas, e promover a força muscular, foi atualizado o plano de cuidados que incluindo ensino, reforço dos ensinamentos efetuados no pré-operatório e treino de posicionamentos no leito e cuidados com o membro operado (membro em extensão e crioterapia), e reeducação funcional motora (que englobava exercícios de contração isométricos e exercícios isotônicos).

Após as primeiras 24 horas, foram iniciados exercícios articulares passivos, para aumentar a amplitude articular do membro intervencionado com auxílio do artromotor, disponível no Serviço. O artromotor consiste num dispositivo mecanizado que realiza mobilizações passivas, através do movimento flexão-extensão, e o ângulo de amplitude vai aumentando entre sessões, de acordo com prescrição médica (Sousa & Carvalho, 2016). Às 48 horas após a cirurgia foi efetuado o primeiro levante, com auxílio de andador, treino de marcha com andador e canadianas, e ensino e treino de subir/descer escadas com canadianas, e exercícios muscularto-articulares ativos assistidos/ativos/ativos resistidos, conforme a tolerância do Sr. C.F., e instrução e treino de adaptações nas AVD, como uso do sanitário e utilização de duche/banheira. Ao longo do internamento foi aplicada a escala numérica da dor, apresentando dor entre 4 a 8 nas primeiras 24 horas, com melhoria da mesma ao longo das sessões de reabilitação (Sousa & Carvalho, 2016).

No momento da alta foram reforçados todos os ensinamentos e validados os conhecimentos do Sr. C.F. sobre os cuidados com o membro intervencionado, sobre andar e subir/descer escadas com auxiliar de marcha, sobre os exercícios que deve manter para melhorar a força muscular e equilíbrio, as adaptações nas AVD e os cuidados ao entrar/sair do carro.

Conforme supracitado no subcapítulo anterior, durante o estágio na unidade da RNCCI, foi possível acompanhar o Sr. J.B. que deu entrada na unidade da RNCCI com o diagnóstico de fratura do colo do fémur esquerdo, após uma queda no domicílio. Além das intervenções direcionadas à incontinência urinária e intestinais, descritas anteriormente, o seu plano de enfermagem de reabilitação incluía também RFM, reeducação da deglutição, e treino de autocuidados e AVD, conforme descrito no APÊNDICE 6.3.

Na RFM do Sr. J.B., foram utilizadas diversas intervenções como a realização de exercícios isotônicos e isométricos, exercícios de cadeia aberta e cadeia fechada,

exercícios muscularto-articulares ativos e ativos-resistidos, exercícios proprioceúivos e treino de equilíbrio (estático e dinâmico, sentado e em ortostatismo), atividades e exercícios terapêuticos (rolar, ponte, senta e elevação do corpo com os cotovelos), treino de marcha com auxiliar de marcha (andarilho, uma vez que com canadiana apresentava maior desequilíbrio) e subir/descer escadas com barras bilaterais, treino de levantar e transferências, e treino e exercícios de motricidade fina (Marques-Vieira & Sousa, 2016).

Relativamente à alteração da motricidade fina bilateral, apresentada pelo Sr. J.B., foram realizados exercícios como cortar papel com tesoura, abotoar botões, fechar fechos, empilhar e/ou transferir objetos, pegar e segurar objetos com as mãos, alimentar-se sozinho, cuidar da higiene pessoal, escrever/pintar com lápis ou caneta, e inserir objetos em ranhuras. O Sr. J.B. apresentava maior dificuldade no membro superior esquerdo por apresentar ataxia do mesmo, tendo apresentado melhoria aos longo das sessões. Ao longo desses momentos de treino foi possível concluir, em conjunto com o Sr. J.B., um objeto de treino denominado de "exercit(a)mente" (APÊNDICE 6.15.).

A alteração da deglutição foi avaliada através aplicação da escala de GUSS, apresentando disfagia moderada, tendo sido prescrita a ingestão de líquidos com consistência néctar, em copo baixo ou recortado, e dieta pastosa hipoglicídica. Foram efetuados ensinamentos sobre a técnica postural de prevenção de aspiração, e informados os profissionais de saúde para reforço da vigilância. Efetuado também ensinamentos sobre exercícios de deglutição e técnicas facilitadoras de deglutição, que o Sr. J.B. referiu serem um pouco complicados, não aderindo à realização destes exercícios.

O treino de autocuidados e AVD fez parte de todo o plano de enfermagem de reabilitação do Sr. J.B.. A Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (MCEER) (2011), reforça que é crucial capacitar a pessoa para o autocuidado, capacitando a pessoa através de estratégias e produtos de apoio, procurando maximizar a sua funcionalidade e qualidade de vida. Depois de avaliado o grau de dependências do Sr. J.B. nos autocuidados, através da escala de Barthel e da escala de Medida de Independência Funcional (MIF), foram aplicadas intervenções de acordo com o seu grau de dependência e aplicando os sistemas parcialmente e totalmente compensatório (Orem, 2001).

O Sr. J.B. participava ativamente nos autocuidados e AVD, dentro das suas limitações motoras e diminuição da motricidade fina, sendo que os cuidados de higiene eram realizados em cadeira de banho sanitária, incentivando e instruindo à aplicação de

estratégias adaptativas para melhorar a sua capacidade funcional. Para além dos cuidados de higiene foram treinados outros autocuidados e AVD como fazer a barba, lavar os dentes, pentear, calçar, vestir/despir, uso do sanitário, alimentar-se, promovendo o bem-estar do Sr. J.B. e aumentando a sua confiança e autoestima.

No estágio na UCC, inserida numa ECCI, foi ainda possível acompanhar a Sr.<sup>a</sup> A.P., que teve um internamento prolongado com o diagnóstico de Síndrome de Guillain-Barré, a melhorar a força muscular dos membros inferiores, através de exercícios muscularto-articulares, e treino de marcha com auxiliar de marcha (andarilho), para que conseguisse realizar os seus cuidados de higiene no duche. Foram avaliadas as condições e barreiras arquitetónicas da casa de banho; e após explicadas as adaptações necessárias à Sr.<sup>a</sup> A.P. e à sua cuidadora, estas adquiriram os produtos de apoio (barra de apoio e cadeira de banho) necessários, para criar um ambiente seguro e acessível. Foram ainda informadas que a aquisição daqueles produtos poderia ser comparticipada, ao abrigo de uma prescrição médica (Despacho n.º 7197, 2016), apesar de ser o EEER prescrever esses produtos de apoio.

Compete aos EEER a preparação das pessoas e da família para a adoção de estratégias de adaptação às novas circunstâncias, eliminando barreiras arquitetónicas nos domicílios, e promovendo a criação de condições e ambientes seguros e acessíveis, para a pessoa com limitações e para a sua família.

Em suma, ao longo do estágio foi possível realizar o treino dos autocuidados e das AVD, em várias pessoas e com diversos graus de dependência sendo possível aplicar os diversos sistemas parcial e/ou totalmente compensatórios e o de apoio-educativo. As intervenções aplicadas tiveram em vista a promoção do autocuidado, potenciando a aquisição de estratégias para a adaptação às limitações, a maximização da autonomia e da funcionalidade, e aumento da qualidade de vida da pessoa, desenvolvendo assim as competências do EEER.

**3.1.10. Capacitar a pessoa com incontinência, após AVC, elaborando planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado, desenvolvendo com ela as suas capacidades físicas, mentais e cognitivas por meio do treino sensorial-motor e reeducação funcional**

Este objetivo foi delineado com base nas competências específicas do EEER (OE, 2019a), nomeadamente no domínio da competência J1 - cuida de pessoas com

necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados (J1.1. - avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades; J1.2. - concebe 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; J1.3. - implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade; J1.4. - avalia os resultados das intervenções implementadas), da competência J2 - capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania (J2.1. - Elabora e implementa programa de treino de atividades de vida diárias visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida; J2.2. - Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social), e da competência J3 – maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (J3.1. - concebe e implementa programas de treino, motor, cardíaco e respiratório; J3.2. - avalia e reformula programas de treino motor, cardíaco e respiratório em função dos resultados esperados).

No âmbito da intervenção do EEER à pessoa com incontinência, após AVC, foi possível desenvolver um programa de reabilitação, acompanhando a Sr.<sup>a</sup> S.N., com diagnóstico de AVC isquémico da artéria cerebral média direita. A senhora era previamente independente nos autocuidados, contudo após o AVC apresenta défices motores (hemiplegia esquerda), paresia facial esquerda, incontinência urinária de urgência e alteração da continência intestinal. Depois de planear objetivos do programa de reabilitação com a Sr.<sup>a</sup> S.N., procurou-se melhorar a sua autonomia nos autocuidados, de forma a maximizar a sua funcionalidade e independência. Através dos sistemas totalmente e parcialmente compensatórios, a intervenção nesta pessoa centrou-se: nos autocuidados higiene, ir ao sanitário, vestuário e alimentar-se; no posicionar-se, no equilíbrio corporal, no risco de queda, no transferir-se e no pôr-se de pé; no movimento muscular, na espasticidade e no risco de rigidez articular; e no autocontrolo, relativamente à continência urinária e intestinal. O processo de reabilitação da Sr.<sup>a</sup> S.N. não foi fácil, porque esta inicialmente recusava realizar o levante, estava renitente a participar nos autocuidados e na melhoria da sua continência, e apresentava episódios de ansiedade e de choro associados à sua situação de doença, sendo necessário realizar intervenções terapêuticas no sentido de facilitar a sua adaptação à nova condição de saúde, promovendo a adesão ao programa de reabilitação, para melhoria do seu bem-estar e qualidade de vida. Para tal foram utilizadas estratégias de

*coping* focadas no problema. Ao longo da aplicação do programa de reabilitação, com a realização do treino motor, de equilíbrio, de autocuidados e transferências, denotou-se melhorias na situação da Sr.<sup>a</sup> S.N., que atualmente conseguia posicionar-se no leito com ajuda mínima (para correção postural), colaborava nos autocuidados, apresentava equilíbrio estático sentada e em pé apenas necessitava de estar apoiada à barra de apoio ou grade da cama, na transferência para a cadeira de rodas necessitava de ajuda mínima, dado à sua hemiplegia à esquerda. Em colaboração com a equipa de fisioterapia daquele serviço, em algumas das sessões foi possível utilizar o *standing frame*.

Relativamente à incontinência urinária de urgência e alteração da continência intestinal, primeiramente procurou-se efetuar uma avaliação inicial, que deve incluir, como supramencionado, o historial de problemas urológicos e intestinais e o padrão de eliminação, prévios ao AVC; a identificação do tipo de incontinência, determinando se a incontinência é urinária, intestinal ou ambas, e a sua caracterização, se é de esforço, de urgência, mista ou noturna; a avaliação da capacidade da pessoa para reconhecer a vontade de urinar/evacuar e/ou a perceção de já o ter feito; a avaliação da capacidade desta se deslocar à casa de banho ou solicitar algum dispositivo, e realizar a sua higiene pessoal; a identificação fatores que possam contribuir para a incontinência, como diminuição da força muscular, espasticidade, perda de mobilidade, afasia, apraxia ou déficit de atenção (Fisher, 2014; Winstein *et al.*, 2016; Marques-Vieira & Sousa, 2016; Arkan *et al.*, 2019; Thomas *et al.*, 2019; Marsden *et al.*, 2021; Kohler *et al.*, 2021; Chiado *et al.*, 2022); efetuar o preenchimento de um diário miccional de 3 dias, para compreender a quantidade de líquidos ingeridos, a frequência e o volume das micções, e o número episódios de incontinência urinária (Arkan *et al.*, 2019; Fisher, 2014; Marsden *et al.*, 2021; Bhalla & Birns, 2015; Winstein *et al.*, 2016; Marques-Vieira *et al.*, 2016); e de um diário de hábito intestinal de 7 dias, para compreender a consistência das fezes, a frequência de dejeções, e o número episódios de incontinência intestinal (Hoeman, 2011; Bhalla & Birns, 2015; Winstein *et al.*, 2016; Marques-Vieira *et al.*, 2016; Marsden *et al.*, 2021). Aquando dos primeiros dias de avaliação também poderia ser utilizado o *bladder scan* para avaliar o volume residual na bexiga após micção, de forma não invasiva (Marsden *et al.*, 2021; Kohler *et al.*, 2021; Widdall, 2015), contudo por inexistência do mesmo no serviço não foi possível realizar esta intervenção, e por recusa por parte da Sr.<sup>a</sup> S.N. não foi efetuado esvaziamento vesical.

A utilização do *bladder scan* é uma intervenção essencial do EEER na avaliação e no acompanhamento da pessoa com incontinência urinária. Este dispositivo permite uma

avaliação não invasiva do volume vesical residual, sendo fundamental para a monitorização da função urinária e para a tomada de decisão adequada e baseada na evidência, permitindo evitar cateterizações desnecessárias, reduzir o risco de infeções urinárias associadas e disfunções crónicas do músculo detrusor (Widdall, 2015; Ferreira & Simões, 2024). De acordo com a literatura, o *bladder scan* tem sido amplamente utilizado em ambientes de reabilitação para a avaliação de disfunções vesicais em pessoas com comprometimentos neurológicos, como AVC, lesão medular e esclerose múltipla (Widdall, 2015). Além disso, a utilização sistemática do *Bladder Scan* contribui para a implementação de protocolos padronizados de avaliação e gestão da função urinária em contexto de reabilitação, otimizando a tomada de decisão e promovendo cuidados baseados em evidência (Ferreira & Simões, 2024). Embora não tenha tido a oportunidade de utilizar o *bladder scan* durante o estágio, aprendi a utilizar o bladder scan no meu local de trabalho, onde os meus colegas EEER me ensinaram a utilizá-lo de forma adequada.

Também poderia ser utilizado o *biofeedback* (Preda & Moreira, 2019; Thomas *et al.*, 2019; Myers & Smith, 2022), pois esta técnica permite à pessoa compreender como contrair e relaxar os MPP, pois através de eléctrodos colocados na parede abdominal e uma sonda vaginal ou rectal é possível monitorizar a atividade muscular em tempo real, permitindo assim perceber a eficácia das suas contrações e relaxamento (Ferreira & Santos, 2011).

Após a avaliação inicial, foi estabelecido um programa de reabilitação funcional baseado em intervenções promotoras da continência urinária e intestinal, evidenciados pela revisão *Scoping*, tais como:

- **Exercícios de fortalecimento dos MPP:** o objetivo destes exercícios é aumentar o controlo da bexiga, aumentando a sua capacidade, a força dos MPP e seu tecido conjuntivo, e inibir as contrações do detrusor (Alves *et al.*, 2019; Arkan *et al.*, 2019; Chiado *et al.*, 2022; Holroyd, 2019; Jiang *et al.*, 2022; Kohler *et al.*, 2021; Marsden *et al.*, 2021; Myers & Smith, 2022; Thomas *et al.*, 2019; Widdall, 2015; Hoeman, 2011; Bhalla & Birns, 2015; Winstein *et al.*, 2016; Rocha & Redol, 2016). A duração aconselhada para a aplicação do programa de reabilitação funcional é de 4 semanas, de acordo com Chiado *et al.* (2022) e de 12 semanas, de acordo com Arkan *et al.* (2019) e Myers & Smith (2022), tendo sido possível aplicar ao longo de 12 semanas. Para dar início ao plano exercícios de fortalecimento dos MPP, primeiramente eram realizados exercícios de relaxamento e dissociação de tempos respiratórios, seguido de exercícios

isométricos dos MPP, em que a Sr.<sup>a</sup> S.N. deveria contrair os MPP de trás para a frente, projetando o reto e a uretra para dentro e para cima (Arkan *et al.*, 2019), nestes exercícios foram incrementados os tempos de contração e relaxamento, começando com 5 segundos de contração e 10 segundos de relaxamento na primeira semana, progredindo para 10 segundos de contração e 20 segundos de relaxamento nas semanas seguintes, conforme tolerância da Sr.<sup>a</sup> S.N. Posteriormente, foram realizados exercícios de adução/abdução dos membros inferiores, ponte com e sem contração dos MPP, levantar/sentar e elevação do calcanhar (Arkan *et al.*, 2019; Myers & Smith, 2022; Braga *et al.*, 2023), com necessidade de apoio unilateral em alguns destes exercícios dado à presença de hemiplegia à esquerda. Estes exercícios de reforço dos MPP foram realizados, em séries de 10 repetições, divididos pelas posições de decúbito dorsal, sentada e ortostática (Arkan *et al.*, 2019; Chiado *et al.*, 2022), esta última com apoio dado à sua hemiplegia. Os exercícios eram realizados uma vez por dia, sendo e incentivada a sua repetição num outro momento do dia, que caso não conseguisse na sua totalidade, por ausência de EEER, a Sr.<sup>a</sup> era incentivada a realizar pelo menos os exercícios isométricos em decúbito dorsal. Conforme a tolerância da Sr.<sup>a</sup> eram incrementadas ou reduzidas o número de séries;

- **Terapêutica** (ação interdisciplinar), foi solicitado à equipa médica a prescrição de terapêutica laxante e emoliente para manutenção do trânsito intestinal (Hoeman, 2011; Bhalla & Birns, 2015), com melhoria do padrão intestinal da Sr.<sup>a</sup> S.N.;

- **Modificações comportamentais:**

-> Treino esfínteriano (com a realização de micção dupla, supressão da urgência e contração dos MPP) (Chiado *et al.*, 2022; Holroyd, 2019; Kohler *et al.*, 2021; Marsden *et al.*, 2021; Bhalla & Birns, 2015; Winstein *et al.*, 2016; Rocha & Redol, 2016);

-> Treino de hábitos miccionais com programação da micção, estando no máximo 3 horas sem urinar no período diurno e 6 horas no período noturno (Arkan *et al.*, 2019; Chiado *et al.*, 2022; Fisher, 2014; Holroyd, 2019; Jiang *et al.*, 2022; Kohler *et al.*, 2021; Marsden *et al.*, 2021; Myers & Smith, 2022; Thomas *et al.*, 2019; Widdall, 2015), e da evacuação (Bhalla & Birns, 2015);

-> Treino intestinal (programação das dejeções, recurso ao reflexo gastrocólico, posicionamento correto com recurso a banco sanitário de elevação dos membros inferiores e promover a privacidade) (Hoeman, 2011; Bhalla & Birns, 2015);

-> Gestão da ingestão hídrica e dieta (dieta rica em fibras e sem estimulantes, reduzir a quantidade de líquidos ingeridos após o lanche) (Chiado *et al.*, 2022; Fisher, 2014; Holroyd, 2019; Marsden *et al.*, 2021; Kohler *et al.*, 2021; Thomas *et al.*, 2019; Widdall, 2015; Bhalla & Birns, 2015; Hoeman, 2011);

- **Utilização de cones vaginais** (com peso) (Alves *et al.*, 2019; Thomas *et al.*, 2019) e **de Electroestimulação dos MPP** (Alves *et al.*, 2019; Coelho & Vilaça, 2009; Myers & Smith, 2022), foi explicado à Sr.<sup>a</sup> os benefícios da utilização dos cones, pois iria perceber com mais facilidade quais os músculos que deveria contrair e relaxar, e da electroestimulação dos MPP, mas não foi possível por não existir no serviço e por a Sr.<sup>a</sup> não ter possibilidade económica para os adquirir a título pessoal.

Após as 12 semanas do programa de reabilitação, a Sr.<sup>a</sup> S.N. apresentou diminuição dos episódios de incontinência, começou a solicitar a arrastadeira ou ida à casa de banho para urinar e continuou o seu treino intestinal, evacuando diariamente.

Avaliação dos MPP foi efetuada através de observação e de palpação externa, com o consentimento da Sr.<sup>a</sup> S.N., e foi crucial para que esta aprendesse e ganhasse consciência da contração dos músculos do pavimento pélvico, uma vez que não tendo a mesma, não saberia que músculos trabalhar durante a realização dos exercícios (Stevens, 2011). Ao exercitar os MPP, geramos hipertrofia das fibras musculares e promovemos um recrutamento mais eficaz de neurónios motores, o aumento do tónus muscular, da força e da capacidade de contração dos MPP e, para além de influenciarem na incontinência urinária e intestinal, melhoram também a função sexual (Preda & Moreira, 2019). A incontinência urinária e intestinal tem um impacto bastante negativo na vida sexual, sendo que este deve, também, ser um aspeto a ter em consideração nos programas de reabilitação (Preda & Moreira, 2019).

### **3.1.11. Aplicar programas de reabilitação, baseados em intervenções autónomas do EEER, na pessoa com incontinência após AVC**

Este objetivo foi delineado com base nas competências específicas do EEER (OE, 2019a), nomeadamente no domínio da competência J1 - cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados (J1.1. - avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades; J1.2. - concebe 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; J1.3. - implementa as

intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade; J1.4. - avalia os resultados das intervenções implementadas).

No âmbito da intervenção do EEER à pessoa com incontinência, após AVC, foi possível instituir um programa de reabilitação em dois momentos de estágio distintos, descritos nos subcapítulos anteriores e nos APÊNDICES 6.2. e 6.3. A aplicação de intervenções autónomas dos EEER revelou-se eficaz, evidenciada pela melhoria da adesão ao programa de reabilitação focado na promoção da continência. Este programa incluiu exercícios de fortalecimento dos MPP e de modificações comportamentais, que são considerados como uma abordagem de primeira linha no tratamento da incontinência (Preda & Moreira, 2019). A título de exemplo, a Sr.<sup>a</sup> S.N. demonstrou uma progressiva diminuição dos episódios de incontinência e um maior controlo dos esfíncteres, refletindo uma adaptação positiva às intervenções propostas. A implementação de um plano estruturado de micções e dejeções programadas permitiu reduzir significativamente o risco de maceração cutânea e infeções urinárias, fatores que frequentemente comprometem a integridade da pele e o bem-estar da pessoa. Além disso, a regulação do padrão intestinal contribuiu para uma melhoria na regularidade e conforto das eliminações, reduzindo sintomas de obstipação, muitas vezes exacerbados pela maior imobilidade. Outro aspeto relevante foi o impacto positivo na autonomia da Sr.<sup>a</sup> S.N., que passou a participar no seu autocuidado de eliminação. Segundo a mesma, essas melhorias traduziram-se em ganhos significativos na sua autoestima e conforto, reforçando a importância de um acompanhamento especializado e individualizado no processo de reabilitação.

No âmbito da intervenção do EEER à pessoa com incontinência, após AVC, foi possível instituir um programa de reabilitação em dois momentos de estágio distintos, descritos nos subcapítulos anteriores e nos APÊNDICES 6.2. e 6.3. A aplicação de intervenções autónomas dos EEER revelou-se eficaz, evidenciada pela melhoria da adesão ao programa de reabilitação focado na promoção da continência. Este programa incluiu exercícios de fortalecimento dos MPP e de modificações comportamentais, que são considerados como uma abordagem de primeira linha no tratamento da incontinência (Preda & Moreira, 2019). A título de exemplo, a Sr.<sup>a</sup> S.N. demonstrou uma progressiva diminuição dos episódios de incontinência e um maior controlo dos esfíncteres, refletindo uma adaptação positiva às intervenções propostas. A implementação de um plano estruturado de micções e dejeções programadas permitiu reduzir significativamente o

risco de maceração cutânea e infecções urinárias, fatores que frequentemente comprometem a integridade da pele e o bem-estar da pessoa. Além disso, a regulação do padrão intestinal contribuiu para a redução de sintomas de obstipação, muitas vezes exacerbados pela maior imobilidade. Outro aspeto relevante foi o impacto positivo na promoção da autonomia da Sr.<sup>a</sup> S.N., que passou a participar no seu autocuidado de eliminação. Segundo a própria, essas melhorias traduziram-se em ganhos significativos na sua autoestima e conforto diário, reforçando a importância de um acompanhamento especializado e individualizado no processo de reabilitação por parte do EEER.

Ao longo do estágio não foi possível observar nenhum estudo urodinâmico, no entanto em situação de incontinência urinária seria importante reforçar junto da equipa médica a importância do mesmo. O estudo urodinâmico tem como objetivo avaliar a anatomia e do funcionamento da bexiga, o padrão de enchimento/esvaziamento da bexiga, e o funcionamento do detrusor e dos MPP (Stevens,2011; Monteiro *et al.*, 2012; Chiado *et al.*, 2022). Com base no resultado do estudo urodinâmico, gestão das intervenções a aplicar poderiam ser tomadas de uma outra forma, como por exemplo a necessidade de realizar cateterização vesical intermitente. Para a implementação desta intervenção seria necessário realizar ensinamentos relativamente à anatomia da pessoa, aos dispositivos, à intervenção e cuidados inerentes à mesma. Os dispositivos para cateterização vesical intermitente ou contínua estão ao abrigo do Despacho n.º 7197 (2016), desde que haja uma prescrição médica.

Um ponto positivo que destaco, ao longo do estágio, foi descobrir a existência de mais empresas a produzir dispositivos para realização de cateterização vesical intermitente no mercado. Empresas que se preocuparam em desenvolver dispositivos com várias características para facilitar a utilização por parte da pessoa e/ou família, inovaram na ergonomia, e na praticabilidade do dispositivo para que possa ser utilizado em diversos contextos, promovendo a funcionalidade da pessoa e a melhoria da sua qualidade de vida, podendo manter a sua vida social e laboral. Algumas destas empresas também disponibilizam vídeos para instruir a pessoa e os profissionais sobre a forma correta de utilização do produto, e também se encontram ao abrigo do Despacho n.º 7197 (2016), desde que haja uma prescrição médica.

O processo de reabilitação implica o conhecimento aprofundado da pessoa e o estabelecimento de objetivos centrados nesta, nos seus objetivos de vida e nas suas expectativas relativamente à sua vida, tanto ao nível pessoal, social e profissional (Stevens, 2011). A intervenção autónoma do EEER na pessoa com incontinência após o

AVC, traduz-se em ganhos de saúde, que por sua vez melhoram a funcionalidade e a qualidade de vida da pessoa, através do aumento da autoconfiança na contração dos MPP e na mudança de comportamentos, e reduz o impacto psicológico da incontinência.

## 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório de estágio representa o culminar deste percurso académico na área da enfermagem de reabilitação, centrado na intervenção do EEER na pessoa com incontinência após AVC. A problemática foi considerada relevante, com base no impacto das situações de incontinência após AVC, observadas em contexto profissional, e também por ser uma das áreas de investigação, definida como prioritária pela MCEER. O desenvolvimento da temática teve início ao elaborar o projeto de estágio. Para tal, foi realizada uma pesquisa sobre a evidência mais recente, com o objetivo de adquirir conhecimentos sobre a área de intervenção em estudo, através da revisão *scoping*. E com base nos objetivos delineados, foram planeadas estratégias e atividades que foram posteriormente aplicadas em contexto de estágio.

Consideramos que essas estratégias e atividades permitiram alcançar os objetivos delineados, o desenvolvimento das competências preconizadas pela OE, para a obtenção do título profissional de EEER, assim como das competências exigidas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos, referentes ao grau de Mestre, e não menos importante, possibilitaram uma abordagem eficiente no processo de reabilitação da pessoa.

A vontade de apresentar o melhor nível de cuidados, fomentou a procura pela evidência científica mais recente, a necessidade de atualização constante, e deu origem a momentos de partilha de conhecimento e de reflexão com os EEER orientadores. O que permitiu o desenvolvimento de uma prática baseada na melhor evidência científica e a melhoria continua da prestação de cuidados, através da investigação e desenvolvimento de projetos futuros.

A escolha dos locais de estágio permitiu conhecer e participar em vários contextos de cuidado, proporcionou uma experiência enriquecedora em termos profissionais obtendo uma visão abrangente das necessidades da pessoa em vários momentos longo das várias fases do processo reabilitação, onde se desenvolveram intervenções individualizadas e direcionadas para a adaptação à limitação com o objetivo de manter a funcionalidade.

Para garantir o sucesso da nossa intervenção na pessoa com limitação ou deficiência funcional, a prática clínica teve como base a Teoria do Autocuidado de Orem, enfocando a nossa intervenção na capacitação da pessoa para as atividades de autocuidado. Realizando assim a avaliação inicial da pessoa, de acordo com os requisitos

do autocuidado, servindo como suporte para a elaboração de diagnósticos e planeamento de intervenções enfermagem de reabilitação e para a avaliação dos resultados, tendo em consideração os sistemas de intervenção preconizados pela teoria aplicada.

Numa fase inicial do processo de reabilitação, foi notório que o sistema totalmente compensatório decorre numa fase inicial do mesmo, dado que a pessoa não detém a capacidade para realizar as atividades de forma autónoma. Todavia, este sistema pode coexistir em simultâneo com os restantes (sistema parcialmente compensatório e sistema apoio-educação), dependendo do requisito de autocuidado da pessoa, procurando sempre capacitar e maximizar a funcionalidade, em todos os contextos da prática de cuidados. Ao longo do estágio, no sentido de capacitar a pessoa a cuidar de si própria, procurou-se dotar a pessoa de estratégias adaptativas para realizar as atividades de autocuidado com o maior nível de autonomia e independência possível, tal como referido na Teoria do Autocuidado de Orem.

Nos diversos contextos foi essencial o envolvimento da família no programa de reabilitação, sendo que a sua participação foi preditor do sucesso da aplicação do plano elaborado, da adesão ao mesmo pelo apoio e suporte emocional, e pela continuidade dos cuidados na ausência do EEER. O plano de reabilitação era delineado em conjunto com a pessoa e com a família, sendo necessário por vezes gerir as expectativas entre o que era pretendido e o que que a pessoa conseguia. A capacitação da pessoa e da família foram fulcrais, assim como a redução das barreiras arquitetónicas no domicílio, adequando às limitações individuais, e o ensino e o treino com produtos de apoio com vista a tornar a pessoa o mais funcional no domicílio e em sociedade, sem descurar das condições de segurança.

A constante avaliação das necessidades de reabilitação de cada pessoa, de acordo com o seu potencial de reabilitação, facilitou o desenvolvimento das competências relacionadas com o trabalho em equipa multidisciplinar, pela necessidade de referenciação para outros profissionais e/ou do trabalho a par com os mesmos, em prol da reabilitação da pessoa e da melhoria da qualidade dos cuidados prestados, exigindo o conhecimento das competências do EEER e dos recursos existentes e disponíveis na comunidade.

O estágio na ECCI permitiu a aquisição de competências mais alargadas, com maior ênfase na RFM e no treino cardiorrespiratório, no adulto e na criança, e também RFR na criança. Permitiu acompanhar as pessoas num ambiente diferente e numa situação pós-alta hospitalar, sendo mais confortável para a pessoa, facilitando a relação

de proximidade e de confiança. Todavia, denoto que existem algumas limitações, como a locomoção dos profissionais, pela existência de poucos veículos disponíveis, sendo necessária uma boa gestão dos recursos, das distâncias entre os domicílios e, por vezes existindo a necessidade de realizar alguns percursos a pé, para permitir a realização de maior número visitas domiciliárias, de forma a garantir a melhor qualidade possível de cuidados e o acompanhamento constante das pessoas.

Nos serviços de internamento hospitalar e na unidade da RNCCI, foi possível prestar cuidados de reabilitação à pessoa com necessidades especiais ao longo da vida e, também, promover à capacitação da pessoa com deficiência/limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania. Foi fulcral realizar o treino de autocuidados e de AVD, dotando as pessoas de estratégias adaptativas, para que consiga satisfazer as suas necessidades de forma autónoma e independente. Ainda a referir que nos locais de estágio, não foi desenvolver competências do EEER na área da sexualidade.

No que respeita à intervenção do EEER na pessoa com incontinência após AVC foi possível implementar o projeto e validar que os resultados mencionados na literatura sobre as intervenções implementadas foram eficazes, nomeadamente na realização de exercícios de fortalecimento dos MPP e modificações comportamentais, como aquisição de rotinas, planeando as micções e dejeções ao longo do dia; realizar treino de esfíncteres; realizar uma gestão dos líquidos ingeridos, evitando produtos estimulantes e aumentar a ingestão de fibra; e realizar o correto posicionamento com recurso a banco sanitário.

Evidencia-se a lacuna de materiais em alguns dos locais de estágio, sendo necessário a adaptação constante apelando à criatividade, ou a impossibilidade de realizar determinada intervenção direcionada à pessoa com incontinência, como a utilização de *bladder scan* e a aplicação de electroestimulação nos MPP. E ainda a existências de poucos estudos publicados por EEER sobre incontinência após AVC, principalmente sobre a incontinência intestinal.

A utilização de instrumentos de avaliação e escalas, de acordo com a necessidade individual da pessoa e situação, permitiu a avaliar a progressão da mesma e ganhos das intervenções aplicadas.

Saliento a importância dos planos de cuidados realizados como a demonstração da capacidade de aplicar os conhecimentos teórico-práticos adquiridos, à prática dos

mesmos, e que refletem o desenvolvimento das mais variadas áreas de intervenção do EEER. Estes planos também explanam o processo de tomada de decisão baseado na identificação de problemas, em conjunto com a pessoa alvo dos cuidados de reabilitação, uma vez que correspondem às dificuldades sentidas e valorizadas pela própria pessoa. A inclusão da pessoa nas decisões sobre o seu plano de reabilitação, demonstra o respeito pela vontade e valores da pessoa, enquadrando-se no âmbito da aquisição das competências comuns do EE.

A participação em eventos da comunidade científica, como as IV Jornadas da Escola Superior Egas Moniz, com a divulgação de um póster relativo à revisão Scoping, com o intuito de garantir a divulgação dos resultados obtidos com a investigação previamente realizada, foi um ponto positivo neste percurso académico. Assim como, a formação de pares que proporcionou a divulgação do conhecimento científico adquirido, incentivou à boa prática e à aquisição de conhecimento, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados naquela instituição e por aqueles profissionais. E ainda a sessão de formação sobre o envelhecimento ativo e a participação no projeto “Mochila às Costas”, como promoção de hábitos e prevenção de lesões musculoesqueléticas na infância.

Desta forma, podemos concluir que os objetivos a que nos propusemos foram atingidos, permitindo o desenvolvimento das competências comuns do EE e das competências específicas do EEER, assim como, dos descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos. Estas competências foram fundamentais para a conceção e implementação de planos de cuidados de reabilitação individualizados e para a prestação cuidados especializados em enfermagem de reabilitação na área motora, cardiorrespiratória, sensorial, cognitiva, da alimentação e da eliminação e treino de autocuidados e AVD, tendo em consideração as necessidades e as expectativas de cada pessoa, e com o principal objetivo de maximizar a capacidade funcional e a qualidade de vida.

A título profissional, foi sentido ao longo do percurso formativo, que os colegas procuravam apoio na avaliação da pessoa, tendo em vista o aumento da colaboração desta no seu autocuidado, valorizando os cuidados de enfermagem de reabilitação. Ainda a referir que, no presente biénio foi possível planear o desenvolvimento de um projeto de melhoria continua da qualidade no Serviço de Neurologia, na qual trabalho, para a promoção da continência após AVC. O projeto irá consistir na aplicação de intervenções e estratégias promotoras de continência, em formação aos profissionais do Serviço e ensinosaos utentes e famílias.



Ao longo do percurso, a procura pela evidência científica mais recente e o desenvolvimento de competências de investigação permitiram compreender a importância do avanço do conhecimento em enfermagem. Esta jornada despertou vontade de contribuir para a investigação na área, promovendo melhorias na prática clínica e na qualidade dos cuidados prestados.

Em suma, o percurso realizado foi bastante gratificante pelas aprendizagens, conhecimentos e resultados alcançados, e superou as expectativas pessoais relativamente às experiências vivenciadas para a aquisição do grau de mestre e do título de EEER.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, D., Ferreira, W., Avelino, P., Costa, H., & Menezes, K. (2019). Efeitos do fortalecimento muscular do assoalho pélvico em pacientes pós-acidente vascular encefálico com incontinência urinária. *Fisioterapia Brasil*, 20(4), 515–525. <https://doi.org/10.33233/fb.v20i4.2794>
- American Psychological Association (2020). Manual of the American Psychological Association – The Official Guide to APA Style (7<sup>th</sup> Edition). Disponível em: [APA 2020 7th Ed.pdf \(hse.ru\)](#)
- Amorim, E., Melo, B., Freixo, S. & Coelho, M. (2022). Reabilitação do pavimento pélvico – a realidade atual. *Revista Portuguesa de Coloproctologia*, 19(1) 52-63. Disponível em: [52-63reabilitac-a-o-pavimento-pe-lvico.pdf](#)
- Araújo, T., Rodrigues, E., Nunes, J., Mendes, M., Novo, A., Ribeiro, O. (2023). Validação do Programa de Enfermagem de Reabilitação Tecnológico para pessoas submetidas a artroplastia do joelho. *Texto & Contexto Enfermagem*. 32: e20230151. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0151pt>
- Arkan, G., Beser, A., Ozturk, V., Bozkurt, O., & Gulbahar, S. (2019). Effects on urinary outcome of patients and caregivers' burden of pelvic floor muscle exercises based on the health belief model done at home by post-stroke patients. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 26(2), 128–135. <https://doi.org/10.1080/10749357.2018.1552741>
- Bhalla, A. & Birns, J. (2015). Urinary and Bowel Complications After Stroke, In Management of Post-Stroke Complications (p. 157-187). Springer International Publishing Switzerland.
- Bocchi, S. & Angelo,, M. (2005). Interação cuidados familiar-pessoa com AVC: autonomia compartilhada. *Ciênc. saúde coletiva* 10(3). <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300029>
- Braga, M., Ferreira, S., Morais, C., Chiado, A., & Lima, A. (2023). Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação em Mulheres com Incontinência Urinária, após o AVC. *Rev Port Enf Reab*. 6(1). Disponível em: <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/288>
- Branco, T. & Santos, R. (2010). Reabilitação da Pessoa com AVC. Formasau, 1ª edição. Coimbra.
- Chiado, A., Ferreira, S., Ribeiro, O., Gomes, B., & Martins, M. (2022). Impact of a Rehabilitation Program on the Urinary Management of Patients Affected by Cerebrovascular Accident. *Texto & Contexto Enfermagem*, 31, 1–9. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0656en>
- Código Deontológico dos Enfermeiros [CDE] (2015). Código Deontológico, inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro Disponível em: [CodigoDeontologico.pdf](#)
- Coelho, M. & Vilaça, M. (2009) Reabilitação da incontinência urinária. *Acta Urológica* 26(1) 27-32. Disponível em: [reab-inc-urin.pdf](#)
- Correia, N., Mendes, L., Areias, S., Queiroz Vaz Pereira, M., & Bernardes, R. (2022). (Re)educação funcional respiratória pré-operatória em pessoas com patologia colorretal: estudo observacional. *Revista De Investigação & Inovação Em Saúde*, 5(1), 69–79. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i1.203>

- Costa, L., Silva, C., & Lima, A. (2020). O impacto do autoconhecimento na prática profissional de enfermagem. *Revista de Enfermagem e Saúde*, 24(1), 59-65.
- Costa, M. & Gonçalves, D. (2021). O Equilíbrio entre a Arte do Cuidar e a Enfermagem como Ciência: Uma Perspetiva Histórica. *Lusíadas Scientific Journal*. Volume 2 (2): 62-64. Disponível em: [View of The Balance between the Art of Care and Nursing as Science: Historic Perspective \(lusiadasscientificjournal.pt\)](https://www.lusiadasscientificjournal.pt)
- D'Ancona, C., Nunes, R., Antunes, A., Fraga, R., Neto, A., Abranches-Monteiro, L. & Haylen, B. (2021). Tradução para a língua portuguesa do artigo original em inglês "The International Continence Society (ICS) report on the terminology for adult male lower urinary tract and pelvic floor symptoms and dysfunction". *Einstein* (São Paulo). Volume 19: 1-44. DOI: 10.31744/einstein\_journal/2021AE5694
- Dawson, J., Béjot, Y., Christensen, L., Marchis, G., Dichgans, M., Hagberg, G., Heldner, M., Millionis, H., Li, L., Pezzella, F., Rowan, M., Tiu, C. & Webb, A. (2022). European Stroke Organisation (ESO) guideline on pharmacological interventions for long-term secondary prevention after ischaemic stroke or transient ischaemic attack. *European Stroke Journal* 2022, Vol. 7(3) I - XLI. DOI: 10.1177/23969873221100032
- Deodato, S. (2016). Ética nos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. In, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 35-39). Loures: Lusodidacta - Soc. Port. de Material Didático, Lda.
- Despacho n.º 7197 (2016). Diário da República nº105/2016, Série II - Aprovado em Assembleia Geral de 01 de Junho de 2016 - Lista de Produtos de Apoio. Lisboa. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/7197-2016-74587625>
- Diário da República, 1ª série, Nº 205; *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros Nº 161 [REPE]* - Aprovado em Assembleia Geral de 04 de setembro de 1996, alterado pelo Decreto de Lei nº 104, de 21 de abril de 1998. Lisboa. Disponível em: [29592962.pdf \(dre.pt\)](https://dre.pt) Consultado em Julho de 2023.
- Dias, J., Parada, B. & Vendeira, P. (2018). Urologia em 10 minutos. *Associação Portuguesa de Urologia*. Disponível em: [Layout 1 \(apurologia.pt\)](https://www.apurologia.pt)
- Direção Geral de Saúde (2016). Regras de Prescrição de Dispositivos Médicos na Retenção/Incontinência em Idade Pediátrica e no Adulto. *Ministério da Saúde - Direção Geral da Saúde*. Lisboa. Atualizada a 03/03/2017. Disponível em: [Regras-de-Prescricao-de-Dispositivos-Medicos-na-Retencao Incontinencia-em-Idade-Pediatica-e-no-Adulto.pdf \(min-saude.pt\)](https://www.min-saude.pt). Consultado em janeiro de 2023.
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2017). Regras de Prescrição de Dispositivos Médicos na Retenção/Incontinência em Idade Pediátrica e no Adulto. *Ministério da Saúde - Direção Geral da Saúde*. Lisboa. Atualizada a 03/03/2017. Disponível em: [Regras-de-Prescricao-de-Dispositivos-Medicos-na-Retencao Incontinencia-em-Idade-Pediatica-e-no-Adulto.pdf \(min-saude.pt\)](https://www.min-saude.pt). Consultado em abril de 2023.
- Direção Geral de Saúde (2017). Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. *Ministério da Saúde - Direção Geral da Saúde*. Lisboa. ISSN: 2184-1179. Disponível em: [Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares 2017.pdf \(rcaap.pt\)](https://www.rcaap.pt)
- Ersoz, M., Erhan, B., Akkoc, Y., Zinnuroglu, M., Yildiz, N., Gok, H., Özdolap, S., Tunc, H., Kaya, K., Alemdaroglu, E., Susuzer, S., Gunduz, B., Bardak, A. N., Ozcan, S., Yesil, H., Uygunol, K., Konukcu, S., Gunes, N., & Ege, F. (2013). An evaluation of

- bladder emptying methods and the effect of demographic and clinical factors on spontaneous voiding frequency in stroke patients. *Neurological Sciences: Official Journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology*, 34(5), 729–734. <https://doi.org/10.1007/s10072-012-1123-9>
- European Frameworks for Qualifications (2005). The Bologna Framework and National Qualifications Frameworks. Disponível em: [EQF EHEA BolognaFRframework Self Certific.pdf](#)
- Farrés-Godayol (2022). Urinary Incontinence and Its Association with Physical and Psycho-Cognitive Factors: A Cross-Sectional Study in Older People Living in Nursing Homes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 19 (3), 1–24. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031500>
- Ferreira, C. & Simões, I. (2024). Validação de protocolo de enfermagem para avaliação e diagnóstico de retenção urinária no adulto. *Revista De Enfermagem Referência*, 4(23), 153–164. <https://doi.org/10.12707/RIV19064>
- Ferreira, M. & Santos, P. (2011). Evidência científica baseada nos programas de treino dos músculos do pavimento pélvico. *Acta Medica Portuguesa* 24(2):309-318 Disponível em: [View of Pelvic floor muscle training programmes: a systematic review. \(actamedicaportuguesa.com\)](#)
- Fisher, A. R. (2014). Development of clinical practice guidelines for urinary continence care of adult stroke survivors in acute and rehabilitation settings. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*, 36(3), 16–31.
- Folgado, S. (2022). Disfunções do pavimento pélvico – como organizar o pensamento clínico. *Revista Portuguesa de Coloproctologia*. Volume 19 (1): 07-13. Disponível em: [07-13-dpp-como-organizar-o-pensamento-clinico.pdf \(spscoloprocto.org\)](#)
- Foster, P, & Bennett, A. (2000). Dorothea E. Orem. In Teorias de Enfermagem: Os fundamentos à prática profissional (4a, pp. 83–102). Porto Alegre: Artmed.
- Fujimoto, S., & Nakayama, T. (2019). Effect of combination of pre- and postoperative pulmonary rehabilitation on onset of postoperative pneumonia: a retrospective cohort study based on data from the diagnosis procedure combination database in Japan. *International Journal of Clinical Oncology*, 24(2), 211–221. <https://doi.org/10.1007/s10147-018-1343-y>
- Garrido M, Guedes TP, Duarte A, Pais M, Castro-Poças F. (2020). Recomendações na abordagem diagnóstica e terapêutica da incontinência fecal. *Revista Portuguesa de Coloproctologia*. Disponível em: [rec4 incontinencia-fecal-3.pdf \(spscoloprocto.org\)](#)
- Heltty, H. (2022). Patient, Family, and Peer Engagement in Nursing Care as an Effort to Improve the Functional Independence of Post-stroke Urinary Incontinence Patients: A Cross-Sectional Study. *Cureus* 14(7): e26649. DOI 10.7759/cureus.26649
- Hernández, Y., Pacheco, J. & Larreynaga, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*. 19(3), 89-100. doi: 1608 - 8921.
- Hoeman, S. (2011). Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados. 4ª ed. p. 351-410. Lusodidacta (Loures).
- Holroyd, S. (2019). Urinary incontinence after stroke. *British Journal of Community Nursing*, 24(12), 590–594. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2019.24.12.590>

- Instituto Nacional de Estatística (2019). Estatística de Portugal – Base de Dados. Disponível em: [Portal do INE](https://portal.inec.pt/). Consultado a 23 de janeiro de 2023.
- International Continence Society (2017). 6<sup>th</sup> International Consultation on Incontinence. Disponível em: [https://www.ics.org/publications/ici\\_6/Incontinence\\_6th\\_Edition\\_2017\\_eBook\\_v2.pdf](https://www.ics.org/publications/ici_6/Incontinence_6th_Edition_2017_eBook_v2.pdf)
- Jiang, W., Tang, W., Song, Y., Feng, Y., Zhou, Y., Li, L., & Tan, B. (2022). Effectiveness of repetitive transcranial magnetic stimulation against poststroke urinary incontinence: a study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 23(1), 650. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06535-y>
- Joanna Briggs Institute – Aromataris, E. & Munn, Z. (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI. Acesso através de: <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Kohler, M., Ott, S., Mullis, J., Mayer, H., Kesselring, J., & Saxer, S. (2022). Promoting urinary continence in people suffering a stroke: Effectiveness of a complex intervention-An intervention study. *Nursing open*, 9(2), 1262–1275. <https://doi.org/10.1002/nop2.1166>
- Kwakkel, G., Stinear, G., Essers, B., Munoz- Novoa, M., Branscheidt, M., Cabanas-Valdés, M., Lakičević, S., Lampropoulou, S., Luft, A., Marque, P., Moore, S., Solomon, J., Swinnen, E., Turolla, A., Murphy, M. & Verheyden, G. (2023). Motor rehabilitation after stroke: European Stroke Organisation (ESO) consensus-based definition and guiding framework. *European Stroke Journal*. Vol 8(4): 880-894. doi:10.1177/23969873231191304
- Leandro, T. (2015). Urinary incontinence nursing diagnoses in patients with stroke. *Revista da Escola de Enfermagem*. 923–930. doi: 10.1590/S0080-623420150000600007.
- Leite, J & Poças, F. (2010). Tratamento da Incontinência Fecal. *Revista Portuguesa de Coloproctologia*. Volume 7 (2): 68-72. Disponível em: [MAIO\\_setembro09.qxd](https://www.spcoloprocto.org/MAIO_setembro09.qxd) ([spcoloprocto.org](https://www.spcoloprocto.org))
- Leite, V. & Faro, A. (2005). O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. *Rev Esc Enferm USP*, 39(1), 92–96. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n1/a12v39n1.pdf>
- Manetti, W. (2018). Sound clinical judgment in nursing: A concept analysis. *Nursing Forum*. DOI:10.1111/nuf.12303
- Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta - Soc. Port. de Material Didáctico, Lda.
- Marques-Vieira, C., Sousa, L. & Braga, R. (2016). Reabilitar a Pessoa com Acidente Vascular Cerebral. In, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 465–474). Loures: Lusodidacta - Soc. Port. de Material Didáctico, Lda.
- Marsden, D., Boyle, K., Jordan, L., Dunne, J., Shipp, J., Minett, F., Styles, A., Birnie, J., Ormond, S., Parrey, K., Buzio, A., Lever, S., Paul, M., Hill, K., Pollack, M., Wiggers, J., Oldmeadow, C., Cadilhac, D., Duff, J., & Team, T. I.-S. P. (2021). Improving Assessment, Diagnosis, and Management of Urinary Incontinence and Lower Urinary Tract Symptoms on Acute and Rehabilitation Wards That Admit

- Adult Patients: Protocol for a Before-and-After Implementation Study. *Journal of Medical Internet Research*, 23(2), N.PAG. <https://doi.org/10.2196/22902>
- McCormack, B. (2019). My Vision for Person-centred Nursing. *Projetar Enfermagem* (2). Disponível em: [Edição N.º 2 | RevistadeEnfermagem](#)
- McGinnes, A., Easton, S., Williams, J., & Neville, J. (2010). The role of the community stroke rehabilitation nurse. *British Journal of Nursing*, 19(16), 1033–1038. doi:10.12968/bjon.2010.19.16.78193
- McLean, S. (2016). Case-based learning and its application in medical and health-care fields: A review of worldwide literature. *Journal of Medical Education and Curricular Development*, 39. doi: 10.4137/JMECD.S20377
- Menoita, E. (2014). Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente. Lusociência (Loures).
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação [MCEER] (2011). Parecer sobre Atividades de Vida Diária. Disponível em: [Microsoft Word - Parecer 12 MCEER 18.11.2011 Atividades Vida Diária AVD's.doc](#)
- Miner, P. (2004) Economic and personal impact of fecal and urinary incontinence. *Gastroenterology*. (126) S8-S13. doi:10.1053/j.gastro.2003.10.056
- Monahan, F., Sands, J., Neighbors, M., Marek, J., & Green, C. (2010). Enfermagem Médico-Cirúrgica - Perspectivas de Saúde e Doença. 8ª edição (p. 971–988; 989–1030; 1273–1321; 1463–1501). Loures: Lusodidacta.
- Monteiro, M., Fonseca, A. & Filho, A. (2012). Valor do estudo urodinâmico no tratamento da incontinência urinária. *Femina*, 40(3) 135-139. Disponível em: [a3240.pdf](#)
- Myers, C. & Smith, M. (2022). Overflow effect of high intensity exercise in the treatment of urinary incontinence in spinal stroke: a case study. *Australian & New Zealand Continence Journal*, 28(1), 9–14. <https://doi.org/10.33235/anzcj.28.1.9-14>
- Nevler A. (2014). The epidemiology of anal incontinence and symptom severity scoring. *Gastroenterol Rep (Oxf)*. 2(2):79-84. doi:10.1093/gastro/gou005
- Ng KS, Sivakumaran Y., Nassar N. & Gladman M. (2015). Fecal Incontinence: Community Prevalence and Associated Factors: A Systematic Review. *Diseases of the Colon & Rectum*. Vol.58(12):1194- 1209. doi:10.1097/DCR.0000000000000514
- Odor, P., Bampoe, S., Gilhooly, D., Creagh-Brown, B., & Ramani Moonesinghe, S. (2020). Perioperative interventions for prevention of postoperative pulmonary complications: Systematic review and meta-analysis. *The BMJ*, 368, 3–7. <https://doi.org/10.1136/bmj.m540>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Áreas de Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Porto. Disponível em: [Areas Investigacao Prioritarias para EER.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#);
- Ordem dos Enfermeiros (2019a). Diário da República, 2ª série, Nº 85; *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação Nº 392* - Aprovado em Assembleia Geral de 03 de maio de 2019. Lisboa. Disponível em: [1356513568.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#), consultado a 23 de janeiro de 2023.
- Ordem dos Enfermeiros (2019b). Diário da República, 2ª série, Nº 26; *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista Nº 140* - Aprovado em

- Assembleia Geral de 06 de fevereiro de 2019. Lisboa. Disponível em: [Regulamento n.º 140/2019 | DRE, consultado a 23 de janeiro de 2023.](#)
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby (St.Louis). Disponível em: <https://archive.org/search.php?query=external-identifier%3A%22urn%3Aoclc%3Arecord%3A1036809160%22>
- Organização Mundial de Saúde (2005). Manual STEPS de Acidentes Vasculares Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vascular cerebrais. *WHO Press*. ISBN 92 4 159404 7. Disponível em: [Enfoque passo a passo da OMS para vigilância de acidente vascular cerebral \(paho.org\)](#)
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2020). As 10 maiores causas de morte. Disponível em: [The top 10 causes of death \(who.int\)](#) Consultado em abril de 2023.
- Popil, I. (2011). Promotion of critical thinking by using case studies as a teaching method. *Nurse Education Today*, 31, 204-207.
- Portarias n.º 284 (2016). Prescrição de dispositivos médicos a doentes ostomizados ou com incontinência ou retenção urinária ao abrigo dos regimes de participação estabelecidos nas Portarias n.º 284/2016, de 4 de novembro (com a redação dada pela Portaria n.º 92-F/2017, de 3 de março) e n.º 92-E/2017, de 3 de março. Disponível em: [Circular-Normativa-Conjunta 6 2017 ACSS DGS INFARMED SPMS.pdf](#)
- Preda, A., & Moreira, S. (2019). Incontinência urinária de Esforço e Disfunção Sexual Feminina: O Papel da Reabilitação do Pavimento Pélvico. *Acta Médica Portuguesa*, 32(11), 721–726. <https://doi.org/10.20344/amp.12012>
- Queirós, P., Vidinha, T. & Filho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de enfermagem Referência*, 5 (3): pp157-164. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>
- Reis, G., & Bule, M. (2016). Capacitação e Atividade de Vida. In, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 57–66). Loures: Lusodidacta - Soc. Port. de Material Didático, Lda.
- Robson, K. & Lembo, A. (2020). Fecal Incontinence in Adults: Etiology and Evaluation. Consultado a 23 de Janeiro de 2023. [https://www.uptodate.com/contents/fecal-incontinence-in-adults-etiology-andevaluation?search=fecal%20incontinence&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_ty pe=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/fecal-incontinence-in-adults-etiology-andevaluation?search=fecal%20incontinence&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_ty pe=default&display_rank=1)
- Rocha, C. & Redol, F. (2016). Intervenção de Enfermagem com a Pessoa com Alterações da Eliminação Vesical e Intestinal. In, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 271-279). Loures: Lusodidacta - Soc. Port. de Material Didático, Lda.
- Rome Foundation. (2016) Rome IV Diagnostic Criteria for FGIDs. Rome Foundation. Disponível em: <https://theromefoundation.org/rome-iv/rome-iv-criteria/>.
- Saldana, R. & Kaiser, A. (2017). Fecal incontinence - Challenges and solutions. *World J Gastroenterol*. Vol.23(1):11-24. doi:10.3748/wjg.v23.i1.11
- Santos, J., Campos, C. & Martins, 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. doi: 10.33194/rper.2020.v3.n2.6.5799.

- Shah, R. & Herrero, J. (2022). Fecal Incontinence. *StatPearls Publishing*. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459128/>. Consultado a 23 de Janeiro de 2023.
- Silva, G., Peixoto, A, Morais, K., Souza, L., Gonçalves, L., Santana, P., Estrela, F., Soares, C. & Lima, A. (2021). Aplicabilidade da teoria do autocuidado na sistematização da assistência de enfermagem à pessoa com doença renal crônica. *Brazilian Journal of Development*. 7(6), 56446–56461. DOI:10.34117/bjdv7n6-178.
- Silva, R. (2018). Reabilitação e o impacto das diferenças culturais na prática de enfermagem. *Enfermeiros em Saúde*, 20(2), 34-40.
- Silva, R., Carlos, J., Vieira, M., Sousa, J., Silva, I., Pereira, R., Filho, J. & Abreu, R. (2020). As Teorias De Enfermagem De Roy E Orem Intrínsecas à Sistematização Da Assistência De Enfermagem Para Promoção Da Saúde. *Brazilian Journal of Development*. 6:7 (2020). doi: 10.34117/bjdv6n7-741.
- Sousa, L. & Carvalho, M. (2016). Pessoa com Osteoartrose na Anca e Joelho em Contexto de Internamento e Ortopedia. In, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 405-420). Loures: Lusodidacta - Soc. Port. de Material Didáctico, Lda.
- Sousa, M., Ferreira, R., & Silva, P. (2019). A importância da reflexão na prática de enfermagem de reabilitação: desafios e oportunidades. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(4), 980-986.
- Stevens, K. (2011). Eliminação e Continência Urinária. In *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª, pp. 351– 386). Loures: Lusodidacta - Soc. Port. de Material Didático, Lda.
- Thomas, L., Coupe, J., Cross, L., Tan, A. & Watkins, C. (2019). Interventions for treating urinary incontinence after stroke in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD004462. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004462.pub4>
- Thomé, B. (2021). Histórico Gestacional de Mulheres com Incontinência Urinária. *Cogitare Enfermagem*. 26: 1–10. doi: [dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.75803](https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.75803).
- Trindade, I., Marranita, S. & Sousa, L. (2020). Capacitação da pessoa com dependência para o autocuidado: Estudo de Caso. *Journal of Aging and Innovation* 9(2). <http://dx.doi.org/10.36957/jai.2182-696X.v9i3-9>
- VanPutte, C.; Regan, J. & Russo, A. (2014). Anatomia e Fisiologia de SEELEY. AMGH Editora Ltda.
- Widdall, D. A. (2015). Considerations for determining a bladder scan protocol. *Journal of the Australasian Rehabilitation Nurses' Association (JARNA)*, 18(3), 22–27.
- Winstein, C. J., Stein, J., Arena, R., Bates, B., Cherney, L. R., Cramer, S. C., Deruyter, F., Eng, J. J., Fisher, B., Harvey, R. L., Lang, C. E., MacKay-Lyons, M., Ottenbacher, K. J., Pugh, S., Reeves, M. J., Richards, L. G., Stiers, W., Zorowitz, R. D., & American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Clinical Cardiology, and Council on Quality of Care and Outcomes Research (2016). Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 47(6), e98–e169. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000098>

World Stroke Organization [WSO] (2022). Global Stroke Fact Sheet 2022. Disponível em: [WSO Global Stroke Fact Sheet 2022 | World Stroke Organization \(world-stroke.org\)](https://www.world-stroke.org/global-stroke-fact-sheet-2022). Consultado a 23 de Janeiro de 2023.



EGAS MONIZ SCHOOL  
of HEALTH & SCIENCE

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
EGAS MONIZ

## **6. APÊNDICES**



EGAS MONIZ SCHOOL  
of HEALTH & SCIENCE

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
EGAS MONIZ



EGAS MONIZ SCHOOL  
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
EGAS MONIZ

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE  
REABILITAÇÃO**

Projeto de Estágio

**A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM  
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PESSOA COM  
INCONTINÊNCIA APÓS ACIDENTE VASCULAR  
CEREBRAL**

***THE INTERVENTION OF THE SPECIALIST NURSE IN  
REHABILITATION IN THE PERSON WITH  
INCONTINENCE AFTER STROKE***

**Joana Raquel Oliveira Coelho**

**Almada**

**2023**



EGAS MONIZ SCHOOL  
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
EGAS MONIZ

## **MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

Projeto de Estágio

### **A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PESSOA COM INCONTINÊNCIA APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

### ***THE INTERVENTION OF THE SPECIALIST NURSE IN REHABILITATION IN THE PERSON WITH INCONTINENCE AFTER STROKE***

**Joana Raquel Oliveira Coelho**

**Docente Orientador: Mestre Gonçalo Rosa**

**Almada**

**2023**

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AIT - Acidente Isquémico Transitório

APA - American Psychological Association

AVC - Acidente Vascular Cerebral




DGS – Direção Geral de Saúde

EAE - Esfíncter Anal Externo

EAI - Esfíncter Anal Interno

EE - Enfermeiro Especialista

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação



II - Incontinência Intestinal

IU - Incontinência Urinária

JBI - Joanna Briggs Institute

MPP - Músculos do Pavimento Pélvico

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PE - Projeto de Estágio

PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SCAMP - Structured Urinary Continence Assessment and Management Plan

SGI - Sistema Gastrointestinal

SUI - Sistema Urinário Inferior

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCCI - Unidade de Cuidados Continuados Integrados

WSO – World Stroke Organization

## RESUMO

O acidente vascular cerebral é a segunda causa de morte e a principal causa de morbidade e incapacidade a nível mundial. Em Portugal as doenças cardiovasculares, nomeadamente a doença isquémica cardíaca e as doenças cérebro vasculares, constituem a principal causa de morte, sendo também uma das principais causas de morbidade e incapacidade, reduzindo a qualidade de vida das pessoas. Esta realidade, em Portugal, reflete-se também no aumento da sobrecarga para os cuidados de saúde.

O acidente vascular cerebral tem inúmeras alterações para a pessoa em todas as suas dimensões sendo a incontinência uma das complicações frequentes. A incontinência causa um grande impacto na qualidade de vida da pessoa, levando frequentemente a depressão, ansiedade e isolamento social, e está associada a níveis mais elevados de mortalidade e morbidade, sendo também reconhecida como uma das principais causas que levam à institucionalização de idosos, devido ao aumento do grau de dependência destas pessoas. Procurou-se refletir de que forma a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação pode promover a continência na pessoa com incontinência após acidente vascular cerebral. Qualquer uma das manifestações clínicas do AVC irá afetar a funcionalidade e a independência do indivíduo, sendo por isso crucial a intervenção do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação.

Foram definidos objetivos com a finalidade de desenvolver as competências, comuns e específicas, preconizadas para o Enfermeiro Especialista e para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, em articulação com os descritores de Dublin para o 2º Ciclo de estudos (para obtenção do grau de mestre); e, também, dar resposta à problemática em estudo, com base na análise e reflexão das atividades desenvolvidas em contexto de estágio, adotando a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem como referencial teórico. Foi elaborada uma revisão *Scoping*, segundo a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute, até à tabela de extração de dados.

Com base na revisão efetuada, depreende-se que a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na reabilitação da pessoa com incontinência, após acidente vascular cerebral, manifesta-se em ganhos de saúde, uma vez que promovem a qualidade de vida e independência funcional da pessoa. A intervenção do EEER deverá centrar-se, maioritariamente, em intervenções comportamentais uma vez que são de cariz autónomo e têm como objetivo reduzir o número e a intensidade da ocorrência de episódios de incontinência e não condicionam a realização de outros tratamentos, e enquadram-se na primeira linha de tratamentos à pessoa com incontinência.

**Palavras-Chave:** Acidente Vascular Cerebral; Incontinência; Enfermagem de Reabilitação; Autocuidado.

## **ABSTRACT**

Stroke is the second most common cause of death and the main cause of morbidity and disability worldwide. In Portugal, cardiovascular diseases, namely ischemic heart disease and cerebrovascular diseases, are the main cause of death, and are also one of the main causes of morbidity and disability, reducing people's quality of life. This reality, in Portugal, is also reflected in the increase in the burden on health care.

A stroke has numerous changes for the person in all its dimensions, with incontinence being one of the frequent complications. Incontinence causes a great impact on the person's quality of life, often leading to depression, anxiety, and social isolation, and is associated with higher levels of mortality and morbidity and is also recognized as one of the main causes that lead to the institutionalization of the elderly, due to the increased degree of dependency of these people. We tried to reflect on how the intervention of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing can promote continence in people with incontinence after stroke. Any of the clinical manifestations of stroke will affect the functionality and independence of the individual, which is why the intervention of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing is crucial.

Objectives were defined in order to develop the competences, common and specific, recommended for the Specialist Nurse and the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing, in articulation with the Dublin descriptors for the 2nd Cycle of studies (to obtain the master's degree ); and, also, to respond to the problem under study, based on the analysis and reflection of the activities developed in the internship context, adopting Dorothea Orem's Theory of Self-Care as a theoretical reference. A Scoping review was prepared, according to the methodology proposed by the Joanna Briggs Institute, up to the data extraction table.

Based on the review carried out, it appears that the intervention of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing in the rehabilitation of the person with incontinence, after a stroke, manifests itself in health gains, since they not only promote quality of life but also functionally independence of people. The intervention of the EEER should mainly focus on behavioural interventions since they are autonomous in nature and aim to reduce the number and intensity of the occurrence of incontinence episodes and do not condition the performance of other treatments and fall within in the first line of treatments for people with incontinence.

**Keywords:** Stroke; Incontinence; Rehabilitation Nursing; Self-care.

# ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS .....	VIII
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	4
2.1. A PESSOA COM AVC .....	4
2.2. A PESSOA COM INCONTINÊNCIA APÓS AVC.....	5
2.2.1. INCONTINÊNCIA URINÁRIA .....	5
2.2.2. INCONTINÊNCIA INTESTINAL.....	8
2.3. AS INTERVENÇÕES DO EEER NA PESSOA COM INCONTINÊNCIA APÓS AVC .....	11
2.4. QUADRO DE REFERÊNCIA TEÓRICO.....	14
3. PLANO DAS ATIVIDADES .....	18
3.1. OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS .....	18
3.2. CRONOGRAMA .....	19
4. CONCLUSÃO .....	23
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	25
6. APÊNDICES .....	29
APÊNDICE 1 – PLANO DE ATIVIDADES	

## **ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela 1. Critérios de Inclusão/Exclusão.....11

Tabela 2. Cronograma .....21

# 1. INTRODUÇÃO

O presente Projeto de Estágio (PE), surge no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde da Egas Moniz School of Health & Science, inserido na unidade curricular Estágio, tendo como objetivo o desenvolvimento e aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), de uma forma crítico-reflexiva, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), e de competências de grau de mestre, de acordo com os descritores de Dublin.

A escolha do tema do trabalho tem como base o meu interesse pessoal/profissional sobre as doenças neurológicas, nomeadamente sobre o Acidente Vascular Cerebral (AVC), pelo predomínio deste diagnóstico no meu contexto profissional, e pela pouca abordagem do mesmo, sendo uma área a potencializar no meu local de trabalho, com a criação de uma norma de intervenção; e também por ser uma das áreas de investigação, definida como prioritária pela Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, mais especificamente as “intervenções autónomas do enfermeiro de reabilitação na função eliminação intestinal e vesical” (OE, 2015).

O AVC é a segunda causa de morte e a principal causa de morbilidade e incapacidade a nível mundial (OMS, 2020). Em Portugal as doenças cardiovasculares, nomeadamente a Doença Isquémica Cardíaca e as Doenças Cérebro Vasculares, constituem a principal causa de morte (29,7 %), sendo também uma das principais causas de morbilidade e incapacidade, reduzindo a qualidade de vida das pessoas. Esta realidade, em Portugal, reflete-se também no aumento da sobrecarga para os cuidados de saúde ([DGS], 2017; [WSO], 2022).

A incontinência encontra-se relatada como uma das complicações frequentes após o AVC e detém grande impacto na qualidade de vida da pessoa, levando frequentemente a depressão, ansiedade e isolamento social (Bhalla & Birns, 2015; Thomas, LH., *et al.*, 2019; Holroyd, S., 2019; Marsden, D., *et al.*, 2021; Miner, 2004; Nevler, 2014; Saldana & Kaiser, 2017). A prevalência desta complicação estima-se entre os 40% - 60% relativamente à incontinência urinária, após AVC (Bhalla & Birns, 2015; Chiado, A., *et al.*, 2022; Jiang, W., *et al.*, 2022), e 30-40%, quanto à incontinência intestinal (Bhalla & Birns, 2015), e está associada a níveis mais elevados de mortalidade e morbilidade, sendo reconhecida como uma das principais causas que levam à institucionalização de idosos (Kohler *et al.*, 2022).

A prevalência desta complicação, após AVC, para além do impacto físico, afeta a autoestima e qualidade de vida da pessoa (Bhalla & Birns, 2015; Thomé et al., 2021; Farrés-Godayol et al., 2022), tornando-se imprescindível a abordagem preventiva e o tratamento precoce da incontinência. A incontinência traduz-se como um fator desfavorável à independência funcional da pessoa sendo importante a sua recuperação, na qual o EEER tem a oportunidade de intervir. Orientando assim a pesquisa para este projeto, desenvolvendo a seguinte questão: Quais são as intervenções do EEER na pessoa com incontinência após AVC?

Ciente do meu desenvolvimento profissional até ao presente e das competências propostas no plano curricular, foi delineado este PE em que foram selecionadas as instituições de saúde, e respetivos locais de estágio, de acordo com os seus valores e missão, para que me proporcionem oportunidades formativas e de desenvolvimento pessoal e profissional, de forma a adquirir competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem especializados na área de Reabilitação ([REPE], 1998). Este PE irá ser desenvolvido durante as unidades curriculares Estágio, do 1º ano do 2º semestre, e Estágio e Relatório, do 2º ano do 1º semestre, e que se irão desenrolar em cinco locais de estágio distintos. Os locais de estágio definidos são o [REDACTED] - Serviço de Neurologia (entre 15 de Maio a 28 de Julho de 2023), a Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) - [REDACTED] (entre 11 de Setembro a 15 de Outubro de 2023), Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) [REDACTED] (entre 16 de Outubro a 17 de Novembro de 2023), Comunidade (entre 20 de Novembro a 01 de Dezembro de 2023) e [REDACTED] - Serviço de Ortopedia (entre 04 de Dezembro de 2023 a 14 de Janeiro de 2024).

O presente PE servirá como suporte teórico ao percurso de formação, como futura EE, para o desenvolvimento das competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, que são partilhadas por todos os EE, devendo ser demonstradas através de uma elevada conceção, gestão e supervisão de cuidados (Regulamento nº140/2019); e ainda para o desenvolvimento das competências específicas do EEER, que preveem que este melhore e maximize a capacidade funcional da pessoa em declínio funcional, promova a autonomia e o autocuidado, a reintegração e a máxima satisfação da pessoa, preservando a autoestima da pessoa. Esta operacionalização passa pela conceção, implementação e monitorização de planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas (Regulamento nº392/2019).

Uma vez que a prevalência da incontinência, após AVC, se reflete como um fator desfavorável à independência funcional da pessoa, aumentando o grau de dependência

destas pessoas no seu autocuidado, nomeadamente no autocuidado eliminação, foi selecionada a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem como referencial teórico. Na Teoria do Autocuidado, Orem refere-se ao autocuidado como a "*prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar*" (Orem, 2001). Esta teoria enfatiza a importância de capacitar as pessoas a participar ativamente no seu autocuidado e reabilitação, e a tomar decisões informadas sobre sua saúde. Ao promover o autocuidado, Orem acreditava que as pessoas poderiam alcançar, e manter, ótimos resultados de saúde. A aplicação da Teoria do Autocuidado, na intervenção do EEER na pessoa com incontinência após AVC, centra-se na capacitação da pessoa de modo a participar ativamente no seu autocuidado, ou família dependendo do grau de dependência. Permite também envolver a educação à pessoa/família, o desenvolvimento de capacidades, o apoio contínuo e o atendimento aos requisitos universais de autocuidado e de desvio de saúde, para promover a independência da pessoa e melhorar sua qualidade de vida (Orem, 2001; Foster & Bennett, 2000; Queirós, *et al.*, 2014).

Como metodologia, primeiramente foi efetuada uma pesquisa bibliográfica de conceitos-chave em manuais de referência sobre a temática relacionada com o AVC, seguindo-se a pesquisa em plataformas online de organizações de saúde mundialmente reconhecidas, nomeadamente OMS e WSO; posteriormente foram realizadas diversas reuniões com o docente orientador, com vista a orientar a execução do PE de acordo com a temática a estudar, e por fim foi desenvolvida uma revisão *Scoping* sob as orientações do *Joanna Briggs Institute* (JBI), com recurso ao motor de busca EBSCOhost via OE, nas bases de dados *CINAHL*, *MEDLINE* e *Nursing & Allied*, com o espaço temporal de 2013 a 2023. Recorrendo posteriormente ao diagrama PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses*) para a recolha e organização de dados, inerentes à temática em estudo.

No que concerne à sua estrutura, e seguindo a normas orientadoras da 7ª edição da *American Psychological Association* (APA, 2020), este PE desenvolver-se-á a partir da introdução, seguindo-se o enquadramento teórico referente à pessoa com incontinência após AVC, a descrição das intervenções do EEER à pessoa com incontinência após AVC, a explicitação do referencial teórico escolhido, o plano de atividades (objetivos gerais e específicos delineados, contextualização dos locais de estágio, atividades para o estágio de acordo com os objetivos estabelecidos), conclusão e referências bibliográficas.

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 2.1. A PESSOA COM AVC

O AVC é a segunda causa de morte e a principal causa de morbilidade e incapacidade a nível mundial (OMS, 2020). Em Portugal as doenças cardiovasculares, nomeadamente a Doença Isquémica Cardíaca e as Doenças Cérebro Vasculares, constituem a principal causa de morte (29,7 %), sendo também uma das principais causas de morbilidade e incapacidade, reduzindo a qualidade de vida das pessoas. Esta realidade, em Portugal, reflete-se também no aumento da sobrecarga para os cuidados de saúde ([DGS], 2017; [WSO], 2022).

O AVC é definido como um comprometimento neurológico focal, que ocorre subitamente, com duração superior a 24 horas e de provável origem vascular, podendo mesmo causar a morte. Pode ser classificado com isquémico ou hemorrágico. O AVC de origem isquémica é caracterizado por uma oclusão súbita de artérias que irrigam o cérebro, devido a um trombo localmente formado ou por um trombo que se formou noutra local e se deslocou através da circulação. O AVC de origem hemorrágica é caracterizado pela ocorrência de hemorragia, existindo rutura de uma das artérias cerebrais, subdividindo-se em:

- hemorragia intracerebral: se ocorrer no tecido cerebral;
- hemorragia subaracnoideia: se surgir entre as duas meninges (pia-máter e aracnoide) (OMS, 2005; Monahan et al., 2010; VanPutte, et al., 2014; Menoita, 2012).

A descrição de um acidente isquémico transitório (AIT), é similar ao AVC isquémico, com a exceção que o défice neurológico não tem durabilidade superior a 24 horas, e é comumente associado a libertações de trombos com origem na placa aterosclerótica que ulcerou e impede o fluxo sanguíneo, ou provoca espasmos dos vasos sanguíneos por um curto período de tempo (Monahan et al., 2010; Hoeman, 2011).

A irrigação cerebral é realizada através das artérias vertebrais e das artérias carótidas internas, que se comunicam através do polígono de *Willis*. O polígono de *Willis* é uma anastomose arterial que fornece o sangue para os hemisférios cerebrais, sendo formado pelas artérias cerebrais anterior, média e posterior, artérias comunicantes anteriores e posteriores e pela artéria basilar. A oclusão das diferentes artérias apresenta clinicamente sinais/sintomas específicos e característicos, de cada artéria cerebral envolvida, nomeadamente:

- artérias de origem carotídea: hemiparesia ou hemiplegia contralateral; hemihipostesia contralateral; hemianópsia homônima contralateral; afasia, alexia, agrafia (hemisfério dominante); anosognosia; hemi-inatenção/*neglect* (hemisfério dominante);

- artérias de origem vertebro-basilar: desequilíbrio, vertigem, ataxia; nistagmo, diplopia; disartria, disfagia; alteração dos movimentos oculares conjugados; alteração do estado de consciência (OMS, 2005; Monahan et al., 2010; VanPutte, et al., 2014; Menoita, 2012).

Pela apresentação clínica mais inespecífica, mas ainda assim comum no AVC, é importante mencionar as alterações intestinais e vesicais (polaquiúria, urgência urinária e incontinência), que são mais impactantes nos primeiros dias após o AVC, com elevado potencial de reeducação (Monahan et al., 2010).

## 2.2. A PESSOA COM INCONTINÊNCIA APÓS AVC

### 2.2.1. INCONTINÊNCIA URINÁRIA

O sistema urinário inferior (SUI) é composto pela bexiga, pelos esfíncteres interno e externo, e pela uretra. As principais funções do SUI são recolher a urina na bexiga, armazená-la e expulsá-la (Monahan et al., 2010; Hoeman, 2011; Bhalla & Birns, 2015).

A bexiga é um órgão muscular oco (o músculo detrusor) e serve de reservatório para a urina. A uretra é o tubo que transporta a urina, do interior da bexiga, para o exterior do corpo. A uretra atravessa uma porção de músculos profundos do períneo. O rabdoesfíncter, um músculo estriado, em conjunto com o diafragma urogenital formam o mecanismo do esfíncter externo. Este mecanismo permite que a pessoa controle a micção, mesmo quando os mecanismos involuntários tentam esvaziar a bexiga (Monahan et al., 2010; Hoeman, 2011; Bhalla & Birns, 2015).

Os músculos do pavimento pélvico (MPP), são essenciais para a manutenção da continência, e no caso dos homens, também a próstata. Os MPP incluem o levantador do ânus (*pubococcígeo*, *puborretal* e *iliococcígeo*), o obturador interno, o piriforme, os músculos superficiais e profundos do períneo (que formam o diafragma urogenital). Como o pavimento pélvico é constituído, maioritariamente, por músculos estriados e voluntários, estes podem ser fortalecidos com a realização de exercício (Hoeman, 2011; Bhalla & Birns, 2015).

A inervação do SUI é efetuada por fibras do sistema nervoso parassimpático, simpático e somático. A fibras parassimpáticas são responsáveis pela função motora da

bexiga, provocando a sua contração através do nervo pélvico. O nervo pélvico tem origem ao nível da região sagrada da medula espinal (S2-S4), sendo responsável pela contração da bexiga, dando origem à micção. As fibras simpáticas são responsáveis pelo armazenamento da urina na bexiga, provocando a contração do colo vesical, da uretra proximal e do esfíncter interno, e concomitantemente, o relaxamento do detrusor; promovendo assim o enchimento da bexiga e sendo responsáveis pelo mecanismo de continência urinária. As fibras simpáticas têm origem ao nível da região dorsolombar da medula espinal (D12-L2), através do nervo hipogástrico. Relativamente ao sistema nervoso somático, a inervação é efetuada por fibras motoras e fibras sensitivas, libertando os neurotransmissores acetilcolina e noradrenalina. A regulação do mecanismo de coordenação nervosa da micção, designado arco reflexo completo, decorrente do enchimento da bexiga, é comandada pela comunicação entre os neurotransmissores e os estímulos enviados pelo detrusor até à região sagrada, da medula espinal (Hoeman, 2011; Bhalla & Birns, 2015).

A continência urinária ocorre quando o mecanismo de coordenação nervosa da micção (contração/relaxamento) está em consonância com o centro de controlo cortical (no tronco cerebral e no lobo frontal). O lobo frontal é responsável pela área motora do detrusor, logo é responsável por transmitir a informação de inibição (quando a pessoa não quer urinar), permitindo o relaxamento do detrusor e a contração de esfíncteres (continência urinária). As artérias cerebrais anterior e média, irrigam a área motora do detrusor (lobo frontal), deste modo ao ocorrer um AVC num destes vasos, a probabilidade de ocorrer incontinência urinária é elevada, pois ocorre uma desconexão entre o córtex cerebral e a ponte, perdendo-se a capacidade de inibir o reflexo miccional, e a micção ocorre coordenada, sem dissinergias (Hoeman, 2011; VanPutte, et al., 2014; Bhalla & Birns, 2015).

Em 2019, em Portugal existiam 675 585 pessoas com incontinência urinária (INE, 2019). A incontinência urinária (IU) ocorre em ambos os sexos, contudo a prevalência no sexo do feminino é maior, sobretudo na faixa etária acima dos 60 anos. Nessa faixa etária, a probabilidade de as mulheres desenvolverem incontinência urinária é duas vezes superior à dos homens. De acordo com alguns estudos, a prevalência desta complicação estima-se entre os 40% - 60%, após AVC, após AVC, e está associada a níveis mais elevados de mortalidade e morbilidade, afetando a pessoa física e psicologicamente, sendo também reconhecida como uma das principais causas que levam à institucionalização de idosos (Bhalla & Birns, 2015; Chiado, A., et al., 2022; Jiang, W., et al., 2022).

A IU é definida como qualquer perda involuntária de urina, demonstrada de forma objetiva e que constitua um problema de higiene ou problema social (Monahan et al., 2010; ICS, 2017; D'Ancona, et al., 2021; DGS, 2016).

A IU pode ser classificada como aguda, ocorrendo em pessoas previamente continentemente ou ser exacerbada por uma doença aguda ou transitória tratável; ou crônica, sendo um tipo de incontinência insidiosa e pode permanecer durante meses ou anos, até a pessoa procurar ajuda (ICS, 2017; D'Ancona, et al., 2021; DGS, 2016; Dias, et al., 2018; Hoeman, 2011; Monahan et al., 2010, Bhalla & Birns, 2015).

A IU crônica pode ser categorizada da seguinte forma:

- IU de esforço: perda involuntária de urina, aquando da realização de esforço físico (como realizar exercício físico, espirrar ou tossir); por hiper mobilidade da uretra ou deficiência de esfíncteres;
- IU de urgência: perda involuntária de urina associada a urgência miccional; por hiperatividade do detrusor;
- IU mista: quando associa as queixas da IU de esforço e de urgência;
- IU associada à retenção crônica de urina: perda involuntária de urina associada ao esvaziamento vesical incompleto, indicado por um resíduo pós-miccional elevado ou pela presença de uma bexiga indolor palpável ou percutível após a micção;
- IU por refluxo ou extravasamento: perda de urina involuntária pelo aumento excessivo da capacidade de armazenamento da bexiga, levando conseqüentemente à perda de urina; pode ocorrer predominantemente devido a dois fatores a obstrução e/ou déficit na força de contração do detrusor;
- Enurese: perda involuntária de urina que ocorre durante o sono;
- IU funcional: perda involuntária de urina resultante da impossibilidade de chegar a tempo à casa de banho, por déficit cognitivo, funcional ou de mobilidade, apesar da integridade do trato urinário inferior (ICS, 2017; D'Ancona, et al., 2021; DGS, 2016; Dias, et al., 2018; Hoeman, 2011; Monahan et al., 2010; Bhalla & Birns, 2015).

A IU é uma das conseqüências do AVC mais comum e disruptiva, ocorrendo porque este pode causar lesões/alterações estruturais no córtex cerebral, responsáveis pelo controlo da micção, comprometendo o SUI (Monahan et al., 2010; Leandro et al., 2015; Bhalla & Birns, 2015).

## 2.2.2. INCONTINÊNCIA INTESTINAL

A eliminação intestinal é um processo através do qual o corpo excreta os resíduos. Estes resíduos são a matéria excedente não absorvida, após extração dos nutrientes, eletrólitos e água ao longo do sistema gastrointestinal (SGI), essenciais para o corpo humano. O SGI é assim responsável por fornecer ao corpo humano água, eletrólitos e nutrientes, através da digestão e absorção. A fase de digestão ocorre no estômago, duodeno, jejuno e íleo; enquanto a absorção ocorre no intestino delgado e na metade proximal do cólon. A excreção dos resíduos não absorvidos ocorre através da defecação, que integra mecanismos voluntários e involuntários. Qualquer interrupção desses mecanismos pode resultar em alterações da função intestinal (Monahan et al., 2010; Hoeman, 2011; VanPutte, et al., 2014).

O SGI é composto por várias camadas de fibras musculares lisas. O músculo liso está sujeito a uma atividade elétrica quase contínua, mas lenta, com dois tipos de ondas elétricas: ondas lentas, que produzem contrações rítmicas, e picos de ondas, que produzem contrações tónicas. As contrações tónicas são responsáveis por manter uma pressão constante sobre o conteúdo presente no SGI; enquanto as contrações rítmicas são responsáveis por regular as funções faseadas, como o peristaltismo através dos reflexos gastrocólicos (quando têm início no estômago) ou reflexos duodenocólicos (quando têm início no duodeno) (Monahan et al., 2010; Hoeman, 2011; VanPutte, et al., 2014).

A continência intestinal é mantida através da interação entre complexo esfinteriano, consistência e volume das fezes, capacidade de armazenamento retal e função neurológica. A função cognitiva, o trânsito cólico e a integridade estrutural e funcional do pavimento pélvico, são outros fatores relevantes para a manutenção da continência intestinal (Monahan et al., 2010; Hoeman, 2011; VanPutte, et al., 2014).

As estruturas anatómicas envolvidas são o reto, os esfíncteres anais interno (EAI) e externo (EAE), e os MPP (*pubococcígeo*, *puborretal* e *iliococcígeo*). O reto atua como canal de passagem e armazenamento de fezes. Este através da inervação parassimpática (S2-S4) do músculo liso, reconhece o conteúdo fecal e, reforça a continência, porque estabelece um ângulo reto com o ânus. O relaxamento transitório do EAI em resposta à distensão da ampola retal, por acumulação de fezes, permite a expulsão do conteúdo fecal, seja ele de consistência sólida, líquida ou gasosa, isto caracteriza o reflexo anorretal inibitório. O EAE mantém uma contração contínua que pode ser inibida voluntariamente. Antes da ocorrência do reflexo anorretal inibitório, o EAE é estimulado pela distensão da ampola retal. O nervo pudendo inerva o EAE, que se

localiza externamente ao EAI. O EAE é fundamental na prevenção da incontinência intestinal (II) passiva. O músculo puborretal, innervado pelos ramos pélvicos S2-S4, atua como barreira à passagem das fezes, independentemente da integridade esfinteriana, porque forma um ângulo obtuso (Hoeman, 2011; VanPutte, et al., 2014).

A defecação é um fenómeno fisiológico desencadeado por reflexos de defecação. O reflexo intrínseco é iniciado pela presença das fezes na ampola retal, que estimulam o plexo mioentérico a gerar peristalse, que conseqüentemente encaminha as fezes até aos ânus. A impulsão das fezes, depende da contração retal e do aumento da pressão intra-abdominal, exercida no momento de esforço (manobra de Valsalva). Em simultâneo ocorre descida do pavimento pélvico e o relaxamento voluntário do músculo puborretal e do EAE, diminuindo a resistência no canal anal. O reflexo de encerramento corresponde à contração do músculo puborretal e do EAE, encerrando o canal anal. De forma a facilitar a passagem das fezes a pessoa deve adotar uma posição correta, sentada ou agachada, de forma a tornar retilíneo o ângulo anorretal (Hoeman, 2011; VanPutte, et al., 2014).

A II é caracterizada como qualquer perda involuntária de fezes e/ou flatos e/ou muco, durante pelo menos 3 meses, em pessoas previamente continentas (ICS, 2017; Saldana & Kaiser, 2017; Rome Foundation, 2021).

A II pode ser classificada em II minor, que abrange apenas a incontinência flatulenta, ou seja, qualquer perda involuntária de flatos; e II major, que compreende a incontinência fecal e de muco, quando ocorre perda involuntária de conteúdo fecal (fezes ou muco) (ICS, 2017; Saldana & Kaiser, 2017; Rome Foundation, 2021). A II pode ainda ser designada entre incontinência ativa, onde a pessoa sente a vontade de evacuar, mas não consegue deferir a defecação até chegar à casa de banho, e incontinência passiva, em que a pessoa não se apercebe que perdeu fezes, nem que tem a roupa suja (Folgado, 2022).

A prevalência da II ao nível mundial encontra-se entre os 7,7% (Ng *et al.*, 2015; Shah & Herrero, 2022) e os 30-40% (Bhalla & Birns, 2015), sendo, provavelmente, desvalorizada pela pessoa devido estigma social (Bhalla & Birns, 2015; Ng *et al.*, 2015; Shah & Herrero, 2022). Estudos clínicos demonstram que a II é mais frequente nas mulheres, contudo em vários trabalhos epidemiológicos não se confirmou existir essa diferença nos dois sexos (Leite & Poças, 2010). A II é uma das principais causas de institucionalização de idosos (Shah & Herrero, 2022).

Os fatores de risco, conhecidos, para a ocorrência de II são diarreia, IU, terapêutica hormonal, obesidade, cirurgia anorretal, parto traumático e lesões cerebrais,

como o AVC (Leite & Poças, 2010; Garrido, 2020; Robson & Lembo, 2020; Folgado, 2022).

A II perturba o equilíbrio físico, emocional, social e psicológico da pessoa, que tendencialmente oculta a situação, devido ao receio do estigma social associado; promovendo o isolamento social e afetando significativamente a sua qualidade de vida (Miner, 2004; Nevler, 2014; Saldana & Kaiser, 2017).

As mazelas decorrentes do AVC podem afetar significativamente a qualidade de vida de uma pessoa, especialmente quando se trata de complicações como a incontinência, seja urinária e/ou intestinal. A incontinência detém um grande impacto na qualidade de vida da pessoa, dado que perturba o equilíbrio físico, emocional, social e psicológico da pessoa, que tendencialmente oculta a situação, devido ao receio do estigma social associado. A incontinência pode causar constrangimento, vergonha e afetar a autoestima da pessoa. Caso haja necessidade de utilização de dispositivos absorventes, como fraldas, para controlar as perdas involuntárias, pode fazer com que esta se sinta menos digna, que se isole ou reduza as suas atividades sociais, pelo receio de acidentes em público (Miner, 2004; Nevler, 2014; Bhalla & Birns, 2015; Saldana & Kaiser, 2017; Thomas, LH., *et al.*, 2019; Holroyd, S., 2019; Marsden, D., *et al.*, 2021;).

A presença de incontinência, após AVC, pode acarretar cuidados adicionais com a higiene pessoal, o que pode ser desafiador e desconfortável para a pessoa, podendo também potenciar o aumento o risco de infeções do SUI e do risco de maceração (Bhalla & Birns, 2015). O aumento da dependência, possivelmente causado pela incontinência, pode também sobrecarregar física e emocionalmente a família/cuidador, sendo reconhecida como uma das principais causas que levam à institucionalização de idosos (Kohler *et al.*, 2022). É importante oferecer apoio emocional e psicológico, tanto para a pessoa afetada quanto para a família/cuidador, de forma ajudá-los a enfrentar os desafios e ajustar-se às mudanças na vida diária (Miner, 2004; Nevler, 2014; Bhalla & Birns, 2015; Saldana & Kaiser, 2017; Thomas, LH., *et al.*, 2019; Holroyd, S., 2019; Marsden, D., *et al.*, 2021;).

É impreterível que a pessoa com incontinência após AVC receba suporte e tratamento adequados para lidar com a incontinência e outras sequelas da condição. Com a reabilitação pretendemos melhorar a qualidade de vida e a funcionalidade da pessoa com incontinência após AVC (Bhalla & Birns, 2015; Thomas, LH., *et al.*, 2019; Holroyd, S., 2019; Marsden, D., *et al.*, 2021;).

## 2.3. AS INTERVENÇÕES DO EEER NA PESSOA COM INCONTINÊNCIA APÓS AVC

De acordo com o enquadramento teórico supracitado, a prevalência da incontinência desta complicação estima-se entre os 40% - 60% relativamente à incontinência urinária, após AVC (Bhalla & Birns, 2015; Chiado, A., *et al.*, 2022; Jiang, W., *et al.*, 2022), e 30-40%, quanto à incontinência intestinal (Bhalla & Birns, 2015), tornando-se imprescindível a abordagem preventiva e o tratamento precoce da mesma. A incontinência traduz-se como um fator desfavorável à independência funcional da pessoa sendo importante a sua recuperação, na qual o EEER tem a oportunidade de intervir.

Com base neste problema foi elaborado uma revisão *Scoping*, desenvolvido sob as orientações do JBI (2020), tendo primeiramente sido elaborada a seguinte pergunta de investigação: Quais são as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa com incontinência urinária, após AVC?, segundo o acrónimo PCC de acordo com as recomendações do JBI; definindo assim P (população) – pessoa com AVC; C (conceito) – incontinência; C (contexto) – reabilitação.

Após a revisão, a informação recolhida foi organizada de acordo com o protocolo PRISMA, de forma a responder à pergunta de investigação.

Nesta pesquisa foram validados os descritores Rehabilitation, Incontinence e Stroke, na plataforma DeCs/MeSH. Posteriormente foi aplicada a seguinte frase booleana: Rehabilitation AND Incontinence AND Stroke.

Foram definidos os critérios de inclusão e exclusão, descritos na Tabela 1:

	Inclusão	Exclusão
P	Estudos com população após AVC, na idade adulta (maior ou igual a 18 anos), qualquer sexo, qualquer país.	Estudos com população com outras patologias que não AVC, na idade pediátrica (idade inferior a 18 anos).
C	Incontinência em população que sofreu AVC.	Incontinência em população com outras patologias, que não AVC.
C	Estudos que abordem intervenções de reabilitação promotoras da continência urinária e intestinal.	Estudos que não abordem intervenções de reabilitação promotoras da continência urinária e intestinal.
Outros critérios	Texto integral.	Sem correlação com o objeto de estudo.

	Idioma: inglês e português.	Outros idiomas, que não o inglês ou português.
	Contexto temporal 2013-2023 (limitando aos últimos 10 anos)	Com data anterior a 2013.
	Fonte: revistas acadêmicas, estudos qualitativos e quantitativos, mistos e revisões de literatura.	Fontes como dissertações e teses de mestrado.
		Não disponíveis em texto integral.

Tabela 1. Tabela de Critérios de Inclusão/Exclusão

A pesquisa foi efetuada com recurso ao motor de busca EBSCOhost via OE, nas bases de dados *CINAHL Complete*, *MEDLINE Complete*, *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive*, tendo a pesquisa sido realizada a 17 de abril de 2023.

A seleção dos artigos foi realizada em 2 etapas: a primeira através da leitura dos títulos e resumos, tendo sido eliminados os estudos que não cumpriam os critérios de inclusão. Posteriormente, os estudos selecionados foram exportados para uma pasta partilhada no computador para leitura e análise, posteriormente discutidos em com o docente orientador, se dúvidas perante a sua elegibilidade.

Após a utilização do fluxograma PRISMA foram incluídos 12 artigos na revisão, de um total de 518 artigos; tendo também sido incluída literatura cinzenta.

Da pesquisa efetuada, a literatura demonstra-nos uma variedade de intervenções com maior ou menor evidência, no entanto as intervenções do EEER deverão centrar-se, maioritariamente, em intervenções de modificação comportamental e exercícios de fortalecimento muscular, uma vez que são de cariz autónomo e têm como objetivo reduzir o número e a intensidade da ocorrência de episódios de incontinência, não condicionam a realização de outros tratamentos/intervenções, e enquadram-se na primeira linha de tratamentos à pessoa com incontinência.

Os autores analisados validam a informação anteriormente mencionada, de que, a incontinência encontra-se relatada como uma das complicações frequentes após o AVC e detém grande impacto na qualidade de vida da pessoa, levando frequentemente a depressão, ansiedade e isolamento social (Bhalla & Birns, 2015; Thomas, LH., *et al.*, 2019; Holroyd, S., 2019; Marsden, D., *et al.*, 2021; Miner, 2004; Nevler, 2014; Saldana & Kaiser, 2017).

Dos estudos analisados surgem um vasto leque de intervenções com evidência de reabilitação na pessoa com incontinência após AVC:

> Intervenções promotoras de continência urinária:

- **Exercícios de fortalecimento dos MPP** (Alves *et al.*, 2019; Arkan *et al.*, 2019; Chiado *et al.*, 2022; Holroyd, 2019; Jiang *et al.*, 2022; Marsden *et al.*, 2021; Myers & Smith, 2022; Thomas *et al.*, 2019; Widdall, 2015);

- **Modificações comportamentais:**

-> **Treino esfinteriano** (micção dupla, supressão da urgência e contração dos MPP) (Chiado *et al.*, 2022; Holroyd, 2019; Marsden *et al.*, 2021; Bhalla & Birns, 2015);

-> **Treino de hábitos miccionais com programação da micção** (Arkan *et al.*, 2019; Chiado *et al.*, 2022; Fisher, 2014; Holroyd, 2019; Jiang *et al.*, 2022; Marsden *et al.*, 2021; Myers & Smith, 2022; Thomas *et al.*, 2019; Widdall, 2015; Bhalla & Birns, 2015);

-> **Gestão da ingestão hídrica e dieta** (Chiado *et al.*, 2022; Fisher, 2014; Holroyd, 2019; Marsden *et al.*, 2021; Thomas *et al.*, 2019; Widdall, 2015; Bhalla & Birns, 2015);

- **Diário Miccional** (Arkan *et al.*, 2019; Fisher, 2014; Marsden *et al.*, 2021; Bhalla & Birns, 2015);

- **Aplicação do SCAMP (Structured Urinary Continence Assessment and Management Plan)** (Marsden *et al.*, 2021);

- **Utilização de cones vaginais (com peso)** (Alves *et al.*, 2019; Thomas *et al.*, 2019);

- **Electroestimulação dos MPP** (Alves *et al.*, 2019; Myers & Smith, 2022);

- **Estimulação Magnética Transcraniana repetitiva** (Jiang *et al.*, 2022)

- **Utilização de Biofeedback** (Marsden *et al.*, 2021; Widdall, 2015) e **Bladder Scan** (Marsden *et al.*, 2021; Widdall, 2015);

- **Cateterismo Vesical Intermitente** (Ersoz *et al.*, 2013; Fisher, 2014; Holroyd, 2019; Marsden *et al.*, 2021; Bhalla & Birns, 2015);

- **Terapêutica (ação interdisciplinar)** (Arkan *et al.*, 2019; Fisher, 2014; Holroyd, 2019; Jiang *et al.*, 2022; Marsden *et al.*, 2021; Myers & Smith, 2022; Thomas *et al.*, 2019; Bhalla & Birns, 2015);

> Intervenções promotoras de continência intestinal:

- **Modificações comportamentais:**

-> **Treino intestinal** (rotina, recurso ao reflexo gastrocólico, posicionamento correto, privacidade) (Hoeman, 2011; Bhalla & Birns, 2015);

-> **Gestão da ingestão hídrica e dieta** (rica em fibra) (Hoeman, 2011; Bhalla & Birns, 2015);

- **Diário de hábito intestinal** (Hoeman, 2011; Bhalla & Birns, 2015);

- **Exercícios de fortalecimento dos MPP** (Hoeman, 2011; Bhalla & Birns, 2015);

- **Terapêutica (ação interdisciplinar)** (Hoeman, 2011; Bhalla & Birns, 2015);

> Ensinos:

- Alguns estudos analisados, ressaltam a necessidade da realização de **ensinos à pessoa com incontinência, após AVC, e à sua família/cuidador** (Arkan *et al*, 2019; Fisher, 2014; Myers&Smith, 2022; Bhalla & Birns, 2015). Os ensinos servem para promover a continuidade dos cuidados, devendo adaptar-se a linguagem ao nível sociocultural da pessoa/família, garantindo que a informação transmitida seja compreendida. Os estudos referem que devem ser efetuados ensinos sobre o AVC, o sistema urinário e intestinal (Arkan *et al*, 2019), a retenção urinária e incontinência urinária e intestinal (Fisher, 2014), a estrutura e as funções dos MPP, assim como os benefícios da aplicação do plano de exercícios de reforço dos mesmos (Arkan *et al*, 2019; Bhalla & Birns, 2015) e das técnicas promotoras continência (Fisher, 2014; Bhalla & Birns, 2015). Aquando da aplicação do plano de reabilitação o EEER deve também instruir e validar com a pessoa e/ou cuidador o plano de exercícios e fornecer o mesmo esquematizado, para auxiliar a pessoa no domicílio (Arkan *et al*, 2019).

Com base na avaliação inicial, nas necessidades da pessoa e nos objetivos da mesma, o EEER conseguirá estabelecer e aplicar um plano de reabilitação, tendo como base as intervenções acima descritas. Qualquer plano de reabilitação que seja aplicado à pessoa com incontinência, após AVC, terá como intuito reduzir os efeitos da incontinência e readquirir o maior grau de independência funcional possível, maximizar a sua capacidade funcional, promover a sua autoestima e o seu bem-estar.

## 2.4. QUADRO DE REFERÊNCIA TEÓRICO

Desde o princípio da enfermagem que esta está socialmente vinculada à arte de cuidar. A investigação científica em enfermagem permitiu o desenvolvimento de evidência necessária à fundamentação dos cuidados em enfermagem. Atualmente o cuidado de enfermagem é realizado com arte e ciência, considerando o espaço do exercício de arte e o seu fundamento a ciência (Costa & Gonçalves, 2021). A prática de enfermagem tem por base teorias que contribuem para a melhoria dos cuidados prestados, através do respeito e singularidade da pessoa (Hernández *et al.*, 2017; Silva

et al., 2021). As teorias contribuem para a afirmação da Enfermagem como produtora e reprodutora de conhecimento científico (Hernández et al., 2017; Silva et al., 2021).

Desta forma, e ao lavrar o presente PE, considerou-se importante selecionar um referencial teórico. Uma vez que a prevalência da incontinência, após AVC, se reflete como um fator desfavorável à independência funcional da pessoa, aumentando o grau de dependência destas pessoas no seu autocuidado, nomeadamente no autocuidado eliminação, foi selecionada a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem como referencial teórico.

Na Teoria do Autocuidado, Orem refere-se ao autocuidado como a "*prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar*" (Orem, 2001). Nesta teoria, Orem correlaciona três teorias:

- Na teoria do autocuidado, o autocuidado é referido com um conjunto de atividades, que são realizadas para garantir o cumprimento dos requisitos necessários à vida, para o crescimento, desenvolvimento e manutenção da integridade humana. Sendo o conceito autocuidado uma função humana que as pessoas devem realizar por si mesmos, ou ter alguém que a realize por si, de modo a garantir condições para manter a vida, o funcionamento físico e psíquico, permitindo que a pessoa se desenvolva em condições fundamentais à vida com integridade (Orem, 2001). Esta teoria subdivide-se ainda em três sub-categorias:

> Requisitos de autocuidados universais: estes requisitos estão associados aos processos de vida e manutenção da integridade e funcionamento humano, sendo comuns a todos os seres humanos ao longo da vida. Na teoria são enumerados os seguintes requisitos: manutenção da quantidade suficiente de ar; manutenção da quantidade suficiente de água e ingestão suficiente de alimentos; provisão de cuidados associado com processos de eliminação; manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso; manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social; prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem estar do ser humano e promoção do funcionamento do ser humano dentro de grupos sociais, de acordo com o potencial humano, as limitações;

> Requisitos de desenvolvimento: nesta situação devem ser promovidos comportamentos e oportunidades educativas, que minimizem a ocorrência de efeitos adversos ao desenvolvimento, proporcionando condições e experiências para amenizar ou superar os efeitos prejudiciais ao desenvolvimento. Estas necessidades que variam nas diferentes fases da vida, como a necessidade de educação, interação social e apoio emocional;

> Requisitos de desvios de saúde: estes requisitos existem para pessoas em situação de doença ou lesão, incluindo defeitos ou incapacidades, e referem-se aos cuidados ou tomadas de decisão em relação ao problema de saúde identificado ou diagnosticado com o propósito de recuperação e de reabilitação. Na teoria são enumerados os seguintes requisitos: procurar garantir assistência médica adequada; estar consciente e atender aos efeitos e resultados das condições e estados patológicos; realiza as prescrições terapêuticas e reabilitação; estar consciente e regular os efeitos desconfortáveis resultantes das intervenções; modificar o autoconceito em aceitar o estado de saúde e necessitar de novas formas de cuidados e aprender a viver com os efeitos das condições e estados patológicos (Orem, 2001; Foster & Bennett, 2000; Queirós, *et al.*, 2014).

- Na teoria do déficit do autocuidado, é definida a importância dos cuidados de enfermagem à pessoa portadora de uma necessidade, sendo total ou parcialmente incapaz de manter o autocuidado ou de conhecer os requisitos necessários para gerir os seus cuidados e os dos seus dependentes (Orem, 2001; Foster & Bennett, 2000). Nesta situação a intervenção de enfermagem surge quando as necessidades da pessoa são superiores às suas capacidades com o objetivo de minimizar os efeitos do déficit. O enfermeiro é responsável por identificar e providenciar a assistência necessária (Orem, 2001);

- Na teoria dos sistemas de enfermagem, encontra-se explicado que as lacunas no autocuidado, devem ser colmatadas pelo enfermeiro, pela pessoa e pela família/cuidador. A presença do enfermeiro, depende exclusivamente do nível de autonomia ou dependência da pessoa. São definidos três sistemas:

> sistema totalmente compensatório (pessoa totalmente dependente);

> sistema parcialmente compensatório (pessoa parcialmente dependente);

> sistema de apoio e educação (pessoa independente, que necessita apenas de supervisão e ensinamentos/orientação) (Orem, 2001; Foster & Bennett, 2000; Queirós, *et al.*, 2014).

Os três sistemas podem coexistir em simultâneo, dependendo do tipo de dependência no autocuidado (Orem, 2001).

A realização de um processo de enfermagem segundo a teoria de Orem, prevê as seguintes ações:

- Diagnóstico de enfermagem: pressupõe a análise dos requisitos do autocuidado: universais, desenvolvimento e desvio de saúde, para que as intervenções de enfermagem consigam dar resposta às necessidades de autocuidado, de acordo com as dependências da pessoa em situação de fragilidade;

- Planeamento da assistência de acordo com os sistemas de enfermagem: de acordo com as necessidades da pessoa e com as suas capacidades, reflete o planeamento de ações em simultâneo para os sistemas total e parcialmente compensatório e do sistema de apoio-educação;
- Planeamento e controlo das ações: aplicação das intervenções delineadas onde os sistemas de enfermagem são reproduzidos, de forma consciente e deliberada para dar resposta às necessidades terapêuticas de autocuidado da pessoa (Orem, 2001; Foster & Bennett, 2000; Queirós, *et al.*, 2014).

O estímulo para o autocuidado deve ser realizado consoante as limitações de cada pessoa, estimulando o restabelecimento da sua autonomia e da capacidade de cuidar de si próprio (Silva *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2021). Durante todo este processo é necessário desenvolver uma forte relação de confiança entre a pessoa/família e o EEER, de forma a permitir à pessoa e seus familiares ou pessoas significativas, o controlo sobre a sua situação de saúde, através da participação nas tomadas de decisão e participando ativamente em todo o processo de reabilitação (Orem, 2001; Foster & Bennett, 2000; Queirós, *et al.*, 2014).

Esta teoria enfatiza a importância de capacitar as pessoas a participar ativamente no seu autocuidado e reabilitação, e a tomar decisões informadas sobre sua saúde. Ao promover o autocuidado, Orem acreditava que as pessoas poderiam alcançar, e manter, ótimos resultados de saúde. A aplicação da Teoria do Autocuidado, na intervenção do EEER na pessoa com incontinência após AVC, centra-se na capacitação da pessoa de modo a participar ativamente no seu autocuidado, ou família dependendo do grau de dependência. Permite também envolver a educação à pessoa/família, o desenvolvimento de capacidades, o apoio contínuo e o atendimento aos requisitos universais de autocuidado e de desvio de saúde, para promover a independência da pessoa e melhorar sua qualidade de vida (Orem, 2001; Foster & Bennett, 2000; Queirós, *et al.*, 2014).

### **3. PLANO DAS ATIVIDADES**

#### **3.1. OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS**

De modo a desenvolver competências no domínio dos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, na pessoa com incontinência AVC, foram delineados objetivos gerais e específicos.

Os objetivos foram estabelecidos tendo como base o tema do projeto, as competências comuns do EE e específicas do EEER.

Objetivos Gerais:

- Desenvolver competências no planeamento, implementação e avaliação de intervenções de Enfermagem de Reabilitação na pessoa com incontinência, após AVC, tendo em vista a manutenção, recuperação e promoção da sua funcionalidade;
- Desenvolver competências do EEER na área da reabilitação motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.

Objetivos específicos do EEER:

- 1 - Desenvolver uma prática profissional autónoma, garantindo o respeito pelos direitos humanos, fundamentada por valores éticos e deontológicos;
- 2 - Desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua dos locais de estágio;
- 3 - Desenvolver competências comuns do EE na área da conceção, gestão e supervisão de cuidados;
- 4 - Integrar e colaborar com a equipa multidisciplinar no desenvolvimento de estratégias ou programa de reabilitação no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa com incontinência após AVC;
- 5 - Desenvolver uma prática especializada baseada na evidência científica, ampliando conhecimentos nos domínios científico, técnico e humano na área da reabilitação à pessoa com incontinência após AVC;
- 6 - Potenciar a funcionalidade da pessoa com incontinência, após AVC, promovendo um ambiente terapêutico para a pessoa e família, nos vários contextos de estágio;

- 7 - Desenvolver estratégias de autoconhecimento e assertividade, que facilitem o relacionamento com a pessoa, família e equipa multidisciplinar;
- 8 - Identificar as situações de incontinência após AVC que requerem intervenção do EEER;
- 9 - Elaborar, implementar e avaliar os programas de reabilitação, aplicados à pessoa e família com alterações do foro sensorial-motor/neurológico, tendo em vista a promoção do autocuidado, visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida;
- 10 - Capacitar a pessoa com incontinência, após AVC, elaborando planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado, desenvolvendo com ela as suas capacidades físicas, mentais e cognitivas por meio do treino sensorial-motor e reeducação funcional;
- 11 - Aplicar programas de reabilitação, baseados em intervenções autónomas do EEER, na pessoa com incontinência após AVC.

O plano de atividades, presente no apêndice 1, foi desenvolvido de forma a interligar o tema do projeto com as competências comuns do Enfermeiro Especialista, as competências específicas do EEER e os objetivos gerais e específicos delineados.

## 3.2. CRONOGRAMA

Este PE irá ser desenvolvido durante as unidades curriculares Estágio, do 1º ano do 2º semestre, e Estágio e Relatório, do 2º ano do 1º semestre, e que se irão desenrolar em cinco locais de estágio distintos. Os locais de estágio definidos são o [REDACTED] Serviço de Neurologia (entre 15 de Maio a 28 de Julho de 2023), a UCCI - [REDACTED] (entre 11 de Setembro a 15 de Outubro de 2023), UCC [REDACTED] (entre 16 de Outubro a 17 de Novembro de 2023), Comunidade (entre 20 de Novembro a 01 de Dezembro de 2023) e [REDACTED] Serviço de Ortopedia (entre 04 de Dezembro de 2023 a 14 de Janeiro de 2024).

De forma a organizar o tempo para implementação do projeto, que contempla as competências comuns do Enfermeiro Especialista e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação a desenvolver e prevê a

elaboração do relatório, foi elaborado o seguinte cronograma de acordo com os objetivos específicos:

<b>Legenda da Tabela</b>			
	Local de estágio - Serviço de Neurologia		Local de estágio - Comunidade
	Local de estágio - UCCI		Local de estágio - Serviço de Ortopedia
	Local de estágio - UCC		Elaboração do Relatório de Estágio
Interrupção Letiva			



multidisciplinar;											
8 - Identificar as situações de incontinência após AVC que requerem intervenção do EEER;											
9 - Elaborar, implementar e avaliar os programas de reabilitação, aplicados à pessoa e família com alterações do foro sensorial-motor/neurológico, tendo em vista a promoção do autocuidado, visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida;											
10 - Capacitar a pessoa com incontinência, após AVC, elaborando planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado, desenvolvendo com ela as suas capacidades físicas, mentais e cognitivas por meio do treino sensorial-motor e reeducação funcional;											
11 - Aplicar programas de reabilitação, baseados em intervenções autónomas do EEER, na pessoa com incontinência após AVC;											
Elaboração do Relatório de Estágio.											

Tabela 2. Cronograma

## 4. CONCLUSÃO

A elaboração deste PE servirá como suporte teórico ao percurso de formação, como futura EE, devendo ao longo dos estágios poder ser ajustado e adaptado às circunstâncias e contextos que surjam ao longo de todo o percurso, aglomerando todos os momentos de aprendizagem. Este PE reflete o conjunto de atividades planejadas com vista a demonstrar a aquisição de competências que se pretende que o EEER desenvolva, sem descurar da necessidade de dar resposta aos descritores de Dublin.

O enquadramento teórico compilado, no presente PE, corrobora a importância da intervenção do EEER na pessoa com incontinência após AVC, pelo aumento do grau de dependência que a mesma induz, podendo ser um fator desfavorável à recuperação e à independência funcional da pessoa.

A intervenção do EEER na pessoa com incontinência após AVC, tem como intuito de promover a continência, e irá promover o aumento da independência funcional e a capacidade para o autocuidado, potenciando as intervenções de modificação comportamental e exercícios de fortalecimento muscular, uma vez que são de cariz autónomo e têm como objetivo reduzir o número e a intensidade da ocorrência de episódios de incontinência, não condicionam a realização de outros tratamentos/intervenções, e enquadram-se na primeira linha de tratamentos à pessoa com incontinência.

Com base nos resultados da revisão efetuada, depreende-se que a intervenção do EEER na reabilitação da pessoa com incontinência, após AVC, manifesta-se em ganhos de saúde, uma vez que melhoram a qualidade de vida e independência funcional da pessoa. Esta revisão permitiu-me assim identificar as intervenções do EEER na pessoa com incontinência após AVC, para melhorar o autocuidado e eliminar a incontinência. A revisão efetuada permitiu-me também efetuar a sistematização de intervenções do EEER relevantes para a promoção da continência. Todavia, creio que em contexto de estágio poderei deparar-me com a inexistência de alguns equipamentos mencionados na literatura, o que impossibilitará a aplicação de algumas intervenções, como a electroestimulação dos MPP, a estimulação magnética transcraniana repetitiva, a utilização de *biofeedback* e *bladder scan*.

Ao contrário de outras áreas denota-se que existe uma lacuna muito grave de estudos na área da incontinência, após AVC, tanto ao nível da incontinência urinária, como ao nível da incontinência intestinal, sendo mais evidente a ausência de estudos nesta última. Outra limitação é que grande parte dos estudos encontrados sobre a temática trabalhada, descrevem o impacto da incontinência, mas raramente a

relacionam com intervenções de reabilitação. Sendo assim necessário, ressaltar urgência de produzir e publicar estudos nesta área que tem sido negligenciada, pelo que a escolha deste tema se revela pertinente para alongar e validar o domínio da intervenção do EEER.

Aquando da realização deste PE, a principal dificuldade sentida está relacionada com a gestão do tempo, entre a conjugação a minha atividade profissional, atividade escolar, vida pessoal e elaboração do mesmo. Todavia, o interesse pela temática em estudo, foi um forte contributo para a aquisição e consolidação de conhecimentos teóricos, e fulcral para realizar uma prática baseada na evidência.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, D., Ferreira, W., Avelino, P., Costa, H., & Menezes, K. (2019). Efeitos do fortalecimento muscular do assoalho pélvico em pacientes pós-acidente vascular encefálico com incontinência urinária. *Fisioterapia Brasil*, 20(4), 515–525. <https://doi.org/10.33233/fb.v20i4.2794>
- American Psychological Association (2020). Manual of the American Psychological Association – The Official Guide to APA Style (7<sup>th</sup> Edition). Disponível em: [APA 2020 7th Ed.pdf \(hse.ru\)](#)
- Arkan, G., Beser, A., Ozturk, V., Bozkurt, O., & Gulbahar, S. (2019). Effects on urinary outcome of patients and caregivers' burden of pelvic floor muscle exercises based on the health belief model done at home by post-stroke patients. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 26(2), 128–135. <https://doi.org/10.1080/10749357.2018.1552741>
- Bhalla, A. & Birns, J. (2015). Urinary and Bowel Complications After Stroke, In Management of Post-Stroke Complications (p. 157-187). Springer International Publishing Switzerland.
- Chiado, A., Ferreira, S., Ribeiro, O., Gomes, B., & Martins, M. (2022). Impact of a Rehabilitation Program on the Urinary Management of Patients Affected by Cerebrovascular Accident. *Texto & Contexto Enfermagem*, 31, 1–9. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0656en>
- Costa, M. & Gonçalves, D. (2021). O Equilíbrio entre a Arte do Cuidar e a Enfermagem como Ciência: Uma Perspetiva Histórica. *Lusiadas Scientific Journal*. Volume 2 (2): 62-64. Disponível em: [View of The Balance between the Art of Care and Nursing as Science: Historic Perspective \(lusiadasscientificjournal.pt\)](#)
- D'Ancona, C., Nunes, R., Antunes, A., Fraga, R., Neto, A., Abranches-Monteiro, L. & Haylen, B. (2021). Tradução para a língua portuguesa do artigo original em inglês "The International Continence Society (ICS) report on the terminology for adult male lower urinary tract and pelvic floor symptoms and dysfunction". *Einstein* (São Paulo). Volume 19: 1-44. DOI: 10.31744/einstein\_journal/2021AE5694
- Diário da República, 1<sup>a</sup> série, Nº 205; *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros Nº 161* - Aprovado em Assembleia Geral de 04 de setembro de 1996, alterado pelo Decreto de Lei nº 104, de 21 de abril de 1998. Lisboa. Disponível em: [29592962.pdf \(dre.pt\)](#) Consultado em Julho de 2023.
- Diário da República, 2<sup>a</sup> série, Nº 26; *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista Nº 140* - Aprovado em Assembleia Geral de 06 de fevereiro de 2019. Lisboa. Disponível em: [Regulamento n.º 140/2019 | DRE, consultado a 23 de janeiro de 2023.](#)
- Diário da República, 2<sup>a</sup> série, Nº 85; *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação Nº 392* - Aprovado em Assembleia Geral de 03 de maio de 2019. Lisboa. Disponível em: [1356513568.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#), consultado a 23 de janeiro de 2023.
- Dias, J., Parada, B. & Vendeira, P. (2018). Urologia em 10 minutos. *Associação Portuguesa de Urologia*. Disponível em: [Layout 1 \(apurologia.pt\)](#)
- Direção Geral de Saúde (2016). Regras de Prescrição de Dispositivos Médicos na Retenção/Incontinência em Idade Pediátrica e no Adulto. *Ministério da Saúde - Direção Geral da Saúde*. Lisboa. Atualizada a 03/03/2017. Disponível em: [Regras-de-Prescricao-de-Dispositivos-Medicos-na-Retencao-Incontinencia-em-Idade-Pediatica-e-no-Adulto.pdf \(min-saude.pt\)](#). Consultado em janeiro de 2023.

- Direção Geral de Saúde [DGS] (2017). Regras de Prescrição de Dispositivos Médicos na Retenção/Incontinência em Idade Pediátrica e no Adulto. *Ministério da Saúde - Direção Geral da Saúde*. Lisboa. Atualizada a 03/03/2017. Disponível em: [Regras-de-Prescricao-de-Dispositivos-Medicos-na-Retencao-Incontinencia-em-Idade-Pediatica-e-no-Adulto.pdf \(min-saude.pt\)](#). Consultado em abril de 2023.
- Direção Geral de Saúde (2017). Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. *Ministério da Saúde - Direção Geral da Saúde*. Lisboa. ISSN: 2184-1179. Disponível em: [Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares 2017.pdf \(rcaap.pt\)](#)
- Ersoz, M., Erhan, B., Akkoc, Y., Zinnuroglu, M., Yildiz, N., Gok, H., Özdolap, S., Tunc, H., Kaya, K., Alemdaroglu, E., Susuzer, S., Gunduz, B., Bardak, A. N., Ozcan, S., Yesil, H., Uygunol, K., Konukcu, S., Gunes, N., & Ege, F. (2013). An evaluation of bladder emptying methods and the effect of demographic and clinical factors on spontaneous voiding frequency in stroke patients. *Neurological Sciences: Official Journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology*, 34(5), 729–734. <https://doi.org/10.1007/s10072-012-1123-9>
- Farrés-Godayol (2022). Urinary Incontinence and Its Association with Physical and Psycho-Cognitive Factors: A Cross-Sectional Study in Older People Living in Nursing Homes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 19 (3), 1–24. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031500>
- Fisher, A. R. (2014). Development of clinical practice guidelines for urinary continence care of adult stroke survivors in acute and rehabilitation settings. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*, 36(3), 16–31.
- Folgado, S. (2022). Disfunções do pavimento pélvico – como organizar o pensamento clínico. *Revista Portuguesa de Coloproctologia*. Volume 19 (1): 07-13. Disponível em: [07-13-dpp-como-organizar-o-pensamento-cli-nico.pdf \(spcoloprocto.org\)](#)
- Foster, P, & Bennett, A. (2000). Dorothea E. Orem. In *Teorias de Enfermagem: Os fundamentos à prática profissional* (4a, pp. 83–102). Porto Alegre: Artmed.
- Garrido M, Guedes TP, Duarte A, Pais M, Castro-Poças F. (2020). Recomendações na abordagem diagnóstica e terapêutica da incontinência fecal. *Revista Portuguesa de Coloproctologia*. Disponível em: [rec4 incontinencia-fecal-3.pdf \(spcoloprocto.org\)](#)
- Hernández, Y., Pacheco, J. & Larreynaga, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*. 19(3), 89-100. doi: 1608 - 8921.
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. 4ª ed. p. 351-410. Lusodidacta (Loures).
- Holroyd, S. (2019). Urinary incontinence after stroke. *British Journal of Community Nursing*, 24(12), 590–594. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2019.24.12.590>
- Instituto Nacional de Estatística (2019). Estatística de Portugal – Base de Dados. Disponível em: [Portal do INE](#). Consultado a 23 de janeiro de 2023.
- International Continence Society (2017). 6<sup>th</sup> International Consultation on Incontinence. Disponível em: [https://www.ics.org/publications/ici\\_6/Incontinence\\_6th\\_Edition\\_2017\\_eBook\\_v2.pdf](https://www.ics.org/publications/ici_6/Incontinence_6th_Edition_2017_eBook_v2.pdf)
- Jiang, W., Tang, W., Song, Y., Feng, Y., Zhou, Y., Li, L., & Tan, B. (2022). Effectiveness of repetitive transcranial magnetic stimulation against poststroke urinary incontinence: a study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 23(1), 650. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06535-y>

- Joanna Briggs Institute – Aromataris, E. & Munn, Z. (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI. Acesso através de: <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Kohler, M., Ott, S., Mullis, J., Mayer, H., Kesselring, J., & Saxer, S. (2022). Promoting urinary continence in people suffering a stroke: Effectiveness of a complex intervention-An intervention study. *Nursing open*, 9(2), 1262–1275. <https://doi.org/10.1002/nop2.1166>
- Leandro, T. (2015). Urinary incontinence nursing diagnoses in patients with stroke. *Revista da Escola de Enfermagem*. 923–930. doi: 10.1590/S0080-623420150000600007.
- Leite, J & Poças, F. (2010). Tratamento da Incontinência Fecal. *Revista Portuguesa de Coloproctologia*. Volume 7 (2): 68-72. Disponível em: [MAIO\\_setembro09.qxd \(scoloprocto.org\)](mailto:MAIO_setembro09.qxd@scoloprocto.org)
- Marsden, D., Boyle, K., Jordan, L., Dunne, J., Shipp, J., Minett, F., Styles, A., Birnie, J., Ormond, S., Parrey, K., Buzio, A., Lever, S., Paul, M., Hill, K., Pollack, M., Wiggers, J., Oldmeadow, C., Cadilhac, D., Duff, J., & Team, T. I.-S. P. (2021). Improving Assessment, Diagnosis, and Management of Urinary Incontinence and Lower Urinary Tract Symptoms on Acute and Rehabilitation Wards That Admit Adult Patients: Protocol for a Before-and-After Implementation Study. *Journal of Medical Internet Research*, 23(2), N.PAG. <https://doi.org/10.2196/22902>
- Menoita, E. (2012). Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente. Lusociência (Loures).
- Miner, P. (2004) Economic and personal impact of fecal and urinary incontinence. *Gastroenterology*. (126) S8-S13. doi:10.1053/j.gastro.2003.10.056
- Monahan, F., Sands, J., Neighbors, M., Marek, J., & Green, C. (2010). Enfermagem Médico-Cirúrgica - Perspectivas de Saúde e Doença. 8ª edição (p. 971–988; 989–1030; 1273–1321; 1463–1501). Loures: Lusodidacta.
- Myers, C. & Smith, M. (2022). Overflow effect of high intensity exercise in the treatment of urinary incontinence in spinal stroke: a case study. *Australian & New Zealand Continence Journal*, 28(1), 9–14. <https://doi.org/10.33235/anzcj.28.1.9-14>
- Nevler A. (2014). The epidemiology of anal incontinence and symptom severity scoring. *Gastroenterol Rep (Oxf)*. 2(2):79-84. doi:10.1093/gastro/gou005
- Ng KS, Sivakumaran Y., Nassar N. & Gladman M. (2015). Fecal Incontinence: Community Prevalence and Associated Factors: A Systematic Review. *Diseases of the Colon & Rectum*. Vol.58(12):1194- 1209. doi:10.1097/DCR.0000000000000514
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Áreas de Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Porto. Disponível em: [Areas\\_Investigacao\\_Prioritarias\\_para\\_EER.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](mailto:Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf@ordemenfermeiros.pt);
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby (St.Louis). Disponível em: <https://archive.org/search.php?query=external-identifiier%3A%22urn%3Aoclc%3Arecord%3A1036809160%22>
- Organização Mundial de Saúde (2005). Manual STEPS de Acidentes Vasculares Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vascular cerebrais. WHO Press. ISBN 92 4 159404 7. Disponível em: [Enfoque passo a passo da OMS para vigilncia de acidente vascular cerebral \(paho.org\)](mailto:Enfoque_passo_a_passo_da_OMS_para_vigilancia_de_acidente_vascular_cerebral@paho.org)
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2020). As 10 maiores causas de morte. Disponível em: [The top 10 causes of death \(who.int\)](mailto:The_top_10_causes_of_death@who.int) Consultado em abril de 2023.

- Queirós, P., Vidinha, T. & Filho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de enfermagem Referência*, 5 (3): pp157-164. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>
- Robson, K. & Lembo, A. (2020). Fecal Incontinence in Adults: Etiology and Evaluation. Consultado a 23 de Janeiro de 2023. [https://www.uptodate.com/contents/fecal-incontinence-in-adults-etiology-and-evaluation?search=fecal%20incontinence&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_ty pe=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/fecal-incontinence-in-adults-etiology-and-evaluation?search=fecal%20incontinence&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_ty pe=default&display_rank=1)
- Rome Foundation. (2016) Rome IV Diagnostic Criteria for FGIDs. Rome Foundation. Disponível em: <https://theromefoundation.org/rome-iv/rome-iv-criteria/>.
- Saldana, R. & Kaiser, A. (2017). Fecal incontinence - Challenges and solutions. *World J Gastroenterol*. Vol.23(1):11-24. doi:10.3748/wjg.v23.i1.11
- Shah, R. & Herrero, J. (2022). Fecal Incontinence. *StatPearls Publishing*. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459128/>. Consultado a 23 de Janeiro de 2023.
- Silva, G., Peixoto, A, Morais, K., Souza, L., Gonçalves, L., Santana, P., Estrela, F., Soares, C. & Lima, A. (2021). Aplicabilidade da teoria do autocuidado na sistematização da assistência de enfermagem à pessoa com doença renal crônica. *Brazilian Journal of Development*. 7(6), 56446-56461. DOI:10.34117/bjdv7n6-178.
- Silva, R., Carlos, J., Vieira, M., Sousa, J., Silva, I., Pereira, R., Filho, J. & Abreu, R. (2020). As Teorias De Enfermagem De Roy E Orem Intrínsecas à Sistematização Da Assistência De Enfermagem Para Promoção Da Saúde. *Brazilian Journal of Development*. 6:7 (2020). doi: 10.34117/bjdv6n7-741.
- Thomas, L., Coupe, J., Cross, L., Tan, A. & Watkins, C. (2019). Interventions for treating urinary incontinence after stroke in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD004462. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004462.pub4>
- Thomé, B. (2021). Histórico Gestacional de Mulheres com Incontinência Urinária. *Cogitare Enfermagem*. 26: 1-10. doi: [dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.75803](http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.75803).
- VanPutte, C.; Regan, J. & Russo, A. (2014). Anatomia e Fisiologia de SEELEY. AMGH Editora Ltda.
- Widdall, D. A. (2015). Considerations for determining a bladder scan protocol. *Journal of the Australasian Rehabilitation Nurses' Association (JARNA)*, 18(3), 22-27.
- World Stroke Organization [WSO] (2022). Global Stroke Fact Sheet 2022. Disponível em: [WSO Global Stroke Fact Sheet 2022 | World Stroke Organization \(world-stroke.org\)](https://www.world-stroke.org/). Consultado a 23 de Janeiro de 2023.

## **6. APÊNDICES**

## APÊNDICE 1 – PLANO DE ATIVIDADES

## DOMÍNIO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

**Competência J1:** Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.

### Objetivos Específicos:

4 - Integrar e colaborar com a equipa multidisciplinar no desenvolvimento de estratégias ou programa de reabilitação no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa com incontinência após AVC;

8 - Identificar as situações de incontinência após AVC que requerem intervenção do EEER;

9 - Elaborar, implementar e avaliar os programas de reabilitação, aplicados à pessoa e família com alterações do foro sensorial-motor/neurológico, tendo em vista a promoção do autocuidado, visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida;

10 - Capacitar a pessoa com incontinência, após AVC, elaborando planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado, desenvolvendo com ela as suas capacidades físicas, mentais e cognitivas por meio do treino sensorial-motor e reeducação funcional;

11 - Aplicar programas de reabilitação, baseados em intervenções autónomas do EEER, na pessoa com incontinência após AVC;

UNIDADES DE COMPETÊNCIA	ATIVIDADES	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<p><b>J1.1.</b> Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades.</p> <p><b>J1.2.</b> Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar colheita de dados/avaliação inicial;</li> <li>- Realizar o exame neurológico (estado mental – consciência, orientação, atenção, memória e linguagem; pares cranianos; função motora – força e tônus muscular, coordenação motora, equilíbrio corporal e sensibilidade superficial e profunda);</li> <li>- Identificar os recursos familiares e na comunidade (cuidador informal e rede de suporte social);</li> <li>- Avaliar a alteração da funcionalidade, da força muscular, da espasticidade e do equilíbrio corporal;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realiza a colheita de dados/avaliação inicial antes da planificação de plano de reabilitação individualizado, avaliando as alterações das funções cardíaca, respiratória, motora, sensorial e cognitiva, alimentação, eliminação e sexualidade;</li> <li>- Realiza o exame neurológico, utilizando os instrumentos de avaliação adequados, antes da planificação do plano de reabilitação;</li> <li>- Identifica os recursos familiares e na comunidade, e planifica precocemente a</li> </ul>

<p>saúde/doença e ou incapacidade.</p> <p><b>J1.3.</b> Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade.</p> <p><b>J1.4.</b> Avalia os resultados das intervenções implementadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar diagnósticos de enfermagem de acordo com as alterações da funcionalidade, em linguagem CIPE segundo o padrão documental dos cuidados do EEER;</li> <li>- Identificar as necessidades de intervenção e da pessoa, de modo a otimizar e/ou reeducar a funcionalidade/autocuidado;</li> <li>- Definir intervenções a implementar, em conjunto com a pessoa, de modo a potenciar as suas capacidades e que esta consiga autocuidar-se satisfatoriamente (tendo em conta a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem);</li> <li>- Selecionar e prescrever intervenções, com o objetivo de prevenir complicações, de otimizar e reeducar a função, implementando programas de reeducação funcional (motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade);</li> <li>- Aconselhar e prescrever produtos de apoio;</li> <li>- Realizar ensinamentos sobre produtos de apoio e treinar com os mesmos;</li> <li>- Promover o englobamento da pessoa/família/cuidador informal nos programas de reabilitação;</li> <li>- Avaliar os resultados dos programas de reabilitação implementados, com recurso a instrumentos de avaliação adequados;</li> <li>- Implementar escalas de avaliação da incontinência urinária e intestinal;</li> <li>- Planear e implementar intervenções de reabilitação que promovam a continência urinária e intestinal, de acordo com os recursos existentes;</li> <li>- Realizar registos de EEER;</li> <li>- Planear precocemente a alta, com o envolvimento da família na identificação das necessidades no regresso a</li> </ul>	<p>alta, com o envolvimento da família na identificação das necessidades no regresso a casa;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Planifica intervenções implementando-as no programa de reeducação funcional (motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade);</li> <li>- Prescreve, instruí e treina com produtos de apoio adequados à pessoa e família;</li> <li>- Elabora planos de cuidados envolvendo a pessoa/família/cuidador informal no programa de reabilitação;</li> <li>- Utiliza instrumentos de avaliação adequados, para avaliar os resultados dos programas de reabilitação implementados;</li> <li>- Planifica e implementa intervenções de reabilitação que promovam a continência urinária e intestinal, de acordo com os recursos existentes, na preparação para a alta/reintegração na comunidade da pessoa e família;</li> <li>- Realiza registos de EEER dos cuidados de reabilitação efetuados;</li> </ul>
--	--	--

	casa;	
<b>Recursos</b>	<p><b>Humanos:</b> Docente Orientador, EEER Orientador/a, Equipa de Enfermagem, Equipa Multidisciplinar, Pessoa e Família/Cuidador Informal;</p> <p><b>Físicos:</b> Locais de Estágio (Serviço de Neurologia, RNCCI, UCCI, Serviço de Ortopedia e Comunidade);</p> <p><b>Materiais:</b> Livros, evidência científica, protocolos, normas do serviço/instituição, processo clínico, legislação, Instrumento de avaliação funcional (MIF), Modelo Teórico do Autocuidado de Dorothea Orem; Escalas de avaliação de força (<i>Medical Research Council</i>); Escala de espasticidade (Asworth), Índice de Barthel, Escalas de avaliação da incontinência; Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação;</p> <p><b>Temporais:</b> Cronograma;</p>	
<b>CrITÉrios de AvaliaÇão</b>	As atividades planeadas e implementadas contribuíram para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem no treino do autocuidado, visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida, e para o desenvolvimento de intervenções autónomas de enfermagem de reabilitação na pessoa com incontinência após AVC.	

### DOMÍNIO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

**Competência J2:** Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.

**Objetivos Específicos:**

9 - Elaborar, implementar e avaliar os programas de reabilitação, aplicados à pessoa e família com alterações do foro sensorial-

motor/neurológico, tendo em vista a promoção do autocuidado, visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida;

10 - Capacitar a pessoa com incontinência, após AVC, elaborando planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado, desenvolvendo com ela as suas capacidades físicas, mentais e cognitivas por meio do treino sensorial-motor e reeducação funcional;

<b>UNIDADES DE COMPETÊNCIA</b>	<b>ATIVIDADES</b>	<b>INDICADORES DE AVALIAÇÃO</b>
<p><b>J2.1.</b> Elabora e implementa programa de treino de atividades de vida diárias visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.</p> <p><b>J2.2.</b> Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar e identificar as alterações que determinam as limitações para a atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;</li> <li>- Identificar os fatores de risco para a limitação da atividade, incapacidade e queda;</li> <li>- Discutir e definir com o EEER Orientador as prioridades de intervenção;</li> <li>- Planear, implementar e avaliar programas de treino de atividades de vida diárias (AVD's), com o intuito da adaptação às limitações identificadas, diminuindo o risco de queda e maximizando o bem-estar e a qualidade de vida;</li> <li>- Identificar as barreiras arquitetónicas, restrições sociais e económicas que possam limitar a funcionalidade da pessoa no ambiente da pessoa, em conjunto com esta, e englobando a família/cuidador informal;</li> <li>- Sugerir e implementa alterações no ambiente da pessoa reduzindo as limitações à sua participação na sociedade;</li> <li>- Articular com os vários níveis de cuidados de saúde para a otimização das intervenções planeadas;</li> <li>- Identificar, aconselhar, ensinar instruir e treinar sobre produtos de apoio; - Ensinar à pessoa e família/cuidador</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifica alterações que limitam a atividade e/ou restringem a participação para a reinserção e exercício da cidadania;</li> <li>- Demonstra conhecimentos sobre legislação e normas técnicas promotoras da integração e participação cívica;</li> <li>- Identifica barreiras arquitetónicas e implementou alterações no contexto de vida da pessoa e promove resoluções para a eliminação das barreiras, no contexto de vida da pessoa, e respeito pelas questões ergonómicas;</li> <li>- Gere as circunstâncias que potenciam efeitos adversos associados as alterações da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório e de alimentação, eliminação e sexualidade;</li> <li>- Colabora na articulação entre os serviços de saúde e as diferentes organizações, na instituição, na preparação para a alta e na comunidade;</li> <li>- Prescreve, instruí e treina com produtos de apoio adequados à pessoa e família;</li> </ul>

	informais estratégias que permitam orientar para a eliminação das barreiras identificadas; - Planear precocemente a alta, com envolvimento da família na identificação das necessidades para o regresso a casa;	- Planifica precocemente a alta, com o envolvimento da família na identificação das necessidades no regresso a casa;
<b>Recursos</b>	<p><b>Humanos:</b> Docente Orientador, EEER Orientador/a, Equipa de Enfermagem, Equipa Multidisciplinar, Pessoa e Família/Cuidador Informal;</p> <p><b>Físicos:</b> Locais de Estágio (Serviço de Neurologia, RNCCI, UCCI, Serviço de Ortopedia e Comunidade);</p> <p><b>Materiais:</b> Livros, evidência científica, protocolos, normas do serviço/instituição, processo clínico, legislação, instrumentos de avaliação, Modelo Teórico do Autocuidado de Dorothea Orem; Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação;</p> <p><b>Temporais:</b> Cronograma;</p>	
<b>Crítérios de Avaliação</b>	As atividades planeadas e implementadas contribuíram para diagnosticar, planear, implementar e avaliar programas de intervenções de enfermagem no treino do autocuidado, visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida; e para o desenvolvimento de 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.	

### DOMÍNIO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

**Competência J3:** Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

**Objetivos Específicos:**

6 – Potenciar a funcionalidade da pessoa com incontinência, após AVC, promovendo um ambiente terapêutico para a pessoa e família, nos vários contextos de estágio;

9 - Elaborar, implementar e avaliar os programas de reabilitação, aplicados à pessoa e família com alterações do foro sensorial-motor/neurológico, tendo em vista a promoção do autocuidado, visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida;

10 - Capacitar a pessoa com incontinência, após AVC, elaborando planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado, desenvolvendo com ela as suas capacidades físicas, mentais e cognitivas por meio do treino sensorial-motor e reeducação funcional;

UNIDADES DE COMPETÊNCIA	ATIVIDADES	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<p><b>J3.1.</b> Concebe e implementa programas de treino, motor, cardíaco e respiratório.</p> <p><b>J3.2.</b> Avalia e reformula programas de treino motor, cardíaco e respiratório em função dos resultados esperados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultar bibliografia com evidência científica recente, sobre programas de treino e reeducação das funções cardíaca, respiratória e motora;</li> <li>- Demonstrar e aplicar o conhecimento adquirido e aprofundado acerca da reeducação das funções cardíaca, respiratória e motora;</li> <li>- Demonstrar e aplicar o conhecimento adquirido e aprofundado acerca da promoção da continência urinária e intestinal;</li> <li>- Implementar programas de reabilitação que englobem sessões de treino com vista à promoção da saúde, prevenção de lesões, à sua reabilitação, capacitação e autogestão;</li> <li>- Avaliar e monitorizar os resultados dos programas de reabilitação implementados, aplicando instrumentos de avaliação adequados;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realiza pesquisa bibliográfica relevante na área de Enfermagem de Reabilitação e demonstra conhecimento fundamentado por bibliografia com evidência científica recente, sobre programas de treino e reeducação das funções cardíaca, respiratória e motora;</li> <li>- Implementa programas e planos de reabilitação da função motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade;</li> <li>- Aplica o conhecimento adquirido e aprofundado acerca da promoção da continência urinária e intestinal, de acordo com os recursos disponíveis;</li> <li>- Avalia os programas de reabilitação implementados, sob supervisão;</li> <li>- Monitoriza os resultados obtidos em função dos objetivos definidos com e para a pessoa;</li> </ul>
<p><b>Recursos</b></p>	<p><b>Humanos:</b> Docente Orientador, EEER Orientador/a, Equipa de Enfermagem, Equipa Multidisciplinar, Pessoa e Família/Cuidador Informal;</p> <p><b>Físicos:</b> Locais de Estágio (Serviço de Neurologia, RNCCI, UCCI, Serviço de Ortopedia e Comunidade);</p> <p><b>Materiais:</b> Livros, evidência científica, protocolos, normas do serviço/instituição, processo clínico, legislação, instrumentos de avaliação, Modelo Teórico do Autocuidado de Dorothea Orem; Regulamento</p>	

	de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; <b>Temporais:</b> Cronograma;
<b>Crítérios de Avaliação</b>	As atividades planeadas e implementadas contribuíram para planejar, implementar e avaliar os programas de intervenção de enfermagem de reabilitação no âmbito do treino cardiorrespiratório e motor, tendo em vista a promoção do autocuidado, a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.

<b>DOMÍNIO DE COMPETÊNCIAS COMUNS</b>		
<b>A – DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL</b>		
<b>Competência A1:</b> Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo intervenção;		
<b>Competência A2:</b> Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.		
<b>Objetivos Específicos:</b>		
1 - Desenvolver uma prática profissional autónoma, garantindo o respeito pelos direitos humanos, fundamentada por valores éticos e deontológicos;		
9 - Elaborar, implementar e avaliar os programas de reabilitação, aplicados à pessoa e família com alterações do foro sensorial-motor/neurológico, tendo em vista a promoção do autocuidado, visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida;		
<b>UNIDADES DE COMPETÊNCIA</b>	<b>ATIVIDADES</b>	<b>INDICADORES DE AVALIAÇÃO</b>
<b>A1.1.</b> Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observar e compreender a dinâmica da equipa multidisciplinar, nos locais de estágio;</li> <li>- Observar a intervenção do EEER e a dinâmica da sua intervenção na equipa multidisciplinar;</li> <li>- Integrar a equipa multidisciplinar nos vários contextos de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demonstra conhecer a organização da instituição, a dinâmica da equipa multidisciplinar e a sua dinâmica de intervenção, após consulta de manuais e protocolos dos locais de estágio;</li> <li>- Demonstra conhecimento sobre a</li> </ul>

<p><b>A1.2.</b> Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade.</p> <p><b>A1.3.</b> Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.</p> <p><b>A2.1.</b> Promove a proteção dos direitos humanos.</p> <p><b>A2.2.</b> Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.</p>	<p>estágio;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer os manuais, protocolos, normas, instrumentos de registo e de avaliação, nos diferentes locais de estágio;</li> <li>- Conhecer os recursos humanos, físicos e materiais existentes nos diferentes contextos de estágio, que possam ser mobilizados na prestação de cuidados gerais de enfermagem e cuidados de enfermagem especializados em reabilitação;</li> <li>- Basear a prática de enfermagem nos princípios éticos e deontológicos que regem a profissão;</li> <li>- Colaborar com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados à pessoa e família, respeitando os valores, costumes, privacidade, crenças pessoais e religiosas;</li> <li>- Refletir sobre a prestação dos cuidados de enfermagem prestados, com base em princípios éticos e deontológicos da profissão;</li> <li>- Respeitar e assegurar o direito à escolha e à autodeterminação da pessoa, abstendo-se de juízos de valor;</li> <li>- Respeitar e assegurar o direito da pessoa no acesso à informação e à confidencialidade, respeitando a sua intimidade;</li> <li>- Demonstrar autonomia e iniciativa na apreciação e tomada de decisão nas situações da prática clínica;</li> </ul>	<p>intervenção do EEER nos diferentes contextos de cuidados;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Demonstra capacidade de reflexão, participando na tomada de decisão em parceria com a equipa multidisciplinar;</li> <li>- Conhece os manuais, protocolos, normas, instrumentos de registo e de avaliação dos diferentes contextos de estágio;</li> <li>- Conhece os recursos existentes nos diferentes contextos de estágio;</li> <li>- Desenvolve uma prática de cuidados baseada nos princípios éticos e deontológicos que regem a profissão;</li> <li>- Assegura o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e a práticas específicas dos indivíduos e grupos na prestação de cuidados, assim como o direito das pessoas no acesso à informação, à confidencialidade e à privacidade;</li> <li>- Promove a autodeterminação, autoconfiança e vontades da pessoa, abstendo-se de juízos de valor;</li> </ul>
<p><b>Recursos</b></p>	<p><b>Humanos:</b> Docente Orientador, EEER Orientador/a, Equipa de Enfermagem, Equipa Multidisciplinar,</p>	

	<p>Pessoa e Família/Cuidador Informal;</p> <p><b>Físicos:</b> Locais de Estágio (Serviço de Neurologia, RNCCI, UCCI, Serviço de Ortopedia e Comunidade);</p> <p><b>Materiais:</b> Livros, evidência científica, protocolos, normas do serviço/instituição, legislação, Modelo Teórico do Autocuidado de Dorothea Orem, Código Deontológico, Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.</p> <p><b>Temporais:</b> Cronograma;</p>
<b>Critérios de Avaliação</b>	As atividades e estratégias planejadas e implementadas demonstram o desenvolvimento de uma prática profissional mediante processos de tomada de decisões éticas, suportadas em princípios, valores, normas deontológicas e evidência científica.

## DOMÍNIO DE COMPETÊNCIAS COMUNS

### B – DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

**Competência B1:** Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

**Competência B2:** Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

**Competência B3:** Garante um ambiente terapêutico e seguro.

#### **Objetivos Específicos:**

- 2 – Desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua dos locais de estágio;
- 4 - Integrar e colaborar com a equipa multidisciplinar no desenvolvimento de estratégias ou programa de reabilitação no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa com incontinência após AVC;
- 5 – Desenvolver uma prática especializada baseada na evidência científica, ampliando conhecimentos nos domínios científico, técnico e humano na área da reabilitação à pessoa com incontinência após AVC;
- 6 – Potenciar a funcionalidade da pessoa com incontinência, após AVC, promovendo um ambiente terapêutico para a pessoa e família, nos vários contextos de estágio;
- 9 - Elaborar, implementar e avaliar os programas de reabilitação, aplicados à pessoa e família com alterações do foro sensorial-

motor/neurológico, tendo em vista a promoção do autocuidado, visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida;

UNIDADES DE COMPETÊNCIA	ATIVIDADES	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<p><b>B1.1.</b> Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.</p> <p><b>B1.2.</b> Orienta projetos institucionais na área da qualidade.</p> <p><b>B2.1.</b> Avalia a qualidade das práticas clínicas.</p> <p><b>B2.2.</b> Planeia programas de melhoria contínua.</p> <p><b>B3.1.</b> Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo.</p> <p><b>B3.2.</b> Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perceber junto do Enfermeiro/a Chefe e/ou do EEER Orientador, dos vários contextos de estágio, quais os projetos existentes e as necessidades de formação/melhoria de práticas clínicas;</li> <li>- Participar nos projetos de melhoria contínua da qualidade desenvolvidos nas unidades;</li> <li>- Identificar oportunidades de melhoria e selecionar estratégias para dar resposta às necessidades;</li> <li>- Participar em auditorias de avaliação dos projetos de melhoria contínua da qualidade implementados nos serviços;</li> <li>- Elaborar de documentos de suporte/orientação (folhetos, brochuras, posters, entre outros), de acordo com as necessidades identificadas, nos diversos contextos de estágio;</li> <li>- Identificar os principais fatores de risco que possam comprometer o bem-estar da pessoa ou família/cuidador informal;</li> <li>- Envolver a pessoa e a família/cuidador informal na prevenção de fatores de risco ou prejudiciais para a pessoa;</li> <li>- Aplicar os princípios da ergonomia com ações de formação relacionadas com a mecânica corporal, exercícios de reforço muscular e alongamento;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participa nos projetos de melhoria contínua da qualidade existentes nas unidades, e identificou em conjunto com o enfermeiro orientados as necessidades de formação/melhoria naquele local;</li> <li>- Realiza documentos de suporte, de acordo com as necessidades dos locais de estágio, para melhoria da qualidade dos cuidados prestados (por exemplo folhetos, posters ou normas);</li> <li>- Identifica fatores de risco que comprometem o bem-estar e a segurança da pessoa;</li> <li>- Envolve a família/cuidador informal na prevenção/redução dos fatores de risco ou prejudiciais para a pessoa;</li> <li>- Promove a adesão à saúde e segurança ocupacional;</li> </ul>

<b>Recursos</b>	<p><b>Humanos:</b> Docente Orientador, EEER Orientador/a, Equipa de Enfermagem, Equipa Multidisciplinar, Pessoa e Família/Cuidador Informal;</p> <p><b>Físicos:</b> Locais de Estágio (Serviço de Neurologia, RNCCI, UCCI, Serviço de Ortopedia e Comunidade);</p> <p><b>Materiais:</b> Livros, evidência científica, protocolos, normas do serviço/instituição, legislação, Modelo Teórico do Autocuidado de Dorothea Orem, Código Deontológico, Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.</p> <p><b>Temporais:</b> Cronograma;</p>
<b>Crítérios de Avaliação</b>	As atividades e estratégias planeadas promovem a melhoria continua dos cuidados prestados, garantindo a segurança da pessoa e família/cuidador informal, e a dinamização e suporte de estratégias institucionais.

<b>DOMÍNIO DE COMPETÊNCIAS COMUNS</b>		
<b>C – DOMÍNIO DA GESTÃO DE CUIDADOS</b>		
<p><b>Competência C1:</b> Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.</p> <p><b>Competência C2:</b> Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.</p>		
<p><b>Objetivos Específicos:</b></p> <p>3 – Desenvolver competências comuns do EE na área da conceção, gestão e supervisão de cuidados;</p> <p>4 - Integrar e colaborar com a equipa multidisciplinar no desenvolvimento de estratégias ou programa de reabilitação no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa com incontinência após AVC;</p>		
<b>UNIDADES DE COMPETÊNCIA</b>	<b>ATIVIDADES</b>	<b>INDICADORES DE AVALIAÇÃO</b>
<b>C1.1.</b> Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.	- Avaliar as necessidades da pessoa e a complexidade da sua situação de saúde, e identificar a necessidade de referenciação para outros profissionais de saúde;	<p>- Identifica a necessidade de referenciação para outros profissionais de saúde, e promove o envolvimento de outros profissionais de saúde na continuidade dos cuidados;</p> <p>- Colabora nas decisões da equipa</p>

<p><b>C1.2.</b> Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.</p> <p><b>C2.1.</b> Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.</p> <p><b>C2.2.</b> Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e do indivíduo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colaborar nas decisões da equipa multidisciplinar;</li> <li>- Gerir os cuidados em função dos recursos existentes, da situação socioeconómica para a aquisição de novos recursos e das necessidades da pessoa e família/cuidador informal;</li> <li>- Promover o envolvimento dos restantes elementos da equipa de enfermagem ou profissionais de outra especialidade, com o intuito de dar continuidade aos cuidados de enfermagem de reabilitação;</li> <li>- Orientar e supervisionar os cuidados prestados, quer por parte de outros profissionais de saúde, assim como junto dos cuidadores informais, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados;</li> <li>- Identificar a necessidade de recursos (humanos ou materiais), propondo estratégias de resolução;</li> <li>- Utilizar estratégias de motivação e envolvimento da equipa multidisciplinar, e família/cuidador informal, na prestação de cuidados;</li> </ul>	<p>multidisciplinar;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gere os cuidados em função dos recursos existentes e da situação socioeconómica da pessoa e família/cuidador informal;</li> <li>- Orienta e supervisiona as tarefas delegadas;</li> <li>- Promove um ambiente positivo e favorável à prática de cuidados;</li> <li>- Aplica estratégias de motivação junto da equipa, para um desempenho diferenciado, e família/cuidador informal para a continuidade dos cuidados;</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Recursos</b></p>	<p><b>Humanos:</b> Docente Orientador, EEER Orientador/a, Equipa de Enfermagem, Equipa Multidisciplinar, Pessoa e Família/Cuidador Informal;</p> <p><b>Físicos:</b> Locais de Estágio (Serviço de Neurologia, RNCCI, UCCI, Serviço de Ortopedia e Comunidade);</p> <p><b>Materiais:</b> Livros, evidência científica, protocolos, normas do serviço/instituição, processo clínico, legislação, Instrumento de avaliação funcional (MIF), Modelo Teórico do Autocuidado de Dorothea Orem; Escalas de avaliação validade; Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação;</p> <p><b>Temporais:</b> Cronograma</p>	
<p style="text-align: center;"><b>Crítérios de Avaliação</b></p>	<p>As atividades e estratégias planeadas e implementadas demonstram o desenvolvimento de competências de gestão de recursos humanos e coordenação de cuidados de enfermagem, otimizadas à resposta da equipa multiprofissional, adaptando a liderança e gestão dos recursos às situações.</p>	

## DOMÍNIO DE COMPETÊNCIAS COMUNS

### D – DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

**Competência D1:** Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

**Competência D2:** Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

#### Objetivos Específicos:

4 - Integrar e colaborar com a equipa multidisciplinar no desenvolvimento de estratégias ou programa de reabilitação no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa com incontinência após AVC;

5 - Desenvolver uma prática especializada baseada na evidência científica, ampliando conhecimentos nos domínios científico, técnico e humano na área da reabilitação à pessoa com incontinência após AVC;

7 - Desenvolver estratégias de autoconhecimento e assertividade, que facilitem o relacionamento com a pessoa, família e equipa multidisciplinar;

9 - Elaborar, implementar e avaliar os programas de reabilitação, aplicados à pessoa e família com alterações do foro sensorial-motor/neurológico, tendo em vista a promoção do autocuidado, visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida;

UNIDADES DE COMPETÊNCIA	ATIVIDADES	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<p><b>D2.1.</b> Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.</p> <p><b>D2.2.</b> Suporta a prática clínica em evidência científica.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Identificar e refletir sobre as minhas capacidades e limitações pessoais e profissionais;</li><li>- Identificar as dificuldades (na procura e aplicação de novos conhecimentos, na interação com o outro e na comunidade) e procurar orientação junto dos EEER Orientadores e do Docente Orientador;</li><li>- Solicitar <i>feedback</i> da minha postura e intervenções, respeitando e fundamentando divergências de opiniões;</li><li>- Realizar pesquisa sobre técnicas de assertividade e</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Reflete sobre as suas capacidades e limitações pessoais e profissionais, e procura colmatar as suas limitações através de formação específica;</li><li>- Procura <i>feedback</i> da sua postura e a análise crítica da sua ação, junto do enfermeiro orientador;</li></ul>

<p><b>D2.3.</b> Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.</p>	<p>gestão de conflitos e de emoções;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prever situações de conflito;</li> <li>- Efetuar pesquisa em base de dados científicos, da evidência mais recente, demonstrando e aplicando na prática de cuidados adequando aos recursos existentes e às necessidades individuais da pessoa e família/cuidador informal;</li> <li>- Realizar estudos de caso, de modo a analisar o que poderá ser melhorado à luz da evidência mais recente;</li> <li>- Participar em webinars, congressos, simpósios e/ou colóquios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realiza pesquisa em bases de dados científicas, procurando sempre a evidência mais recente;</li> <li>- Demonstra a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos;</li> <li>- Realiza estudos de caso;</li> <li>- Participa em eventos da comunidade científica, que contribuem para a prática especializada (por exemplo através da publicação de um poster);</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Recursos</b></p>	<p><b>Humanos:</b> Docente Orientador, EEER Orientador/a, Equipa de Enfermagem, Equipa Multidisciplinar, Pessoa e Família/Cuidador Informal;</p> <p><b>Físicos:</b> Locais de Estágio (Serviço de Neurologia, RNCCI, UCCI, Serviço de Ortopedia e Comunidade);</p> <p><b>Materiais:</b> Livros, evidência científica, protocolos, normas do serviço/instituição, processo clínico, legislação, Instrumento de avaliação funcional (MIF), Modelo Teórico do Autocuidado de Dorothea Orem; Escalas de avaliação validade; Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação;</p> <p><b>Temporais:</b> Cronograma;</p>	
<p style="text-align: center;"><b>Crterios de Avaliao</b></p>	<p>As atividades planeadas e implementadas contribuiram para a reflexo crtica e introspectiva, desenvolvimento de estratgias de autoconhecimento e para o desenvolvimento de uma prtica baseada na evidncia.</p>	





**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE  
REABILITAÇÃO**

**ESTUDO DE CASO 1**

[REDACTED]  
[REDACTED] **SERVIÇO DE NEUROLOGIA**

**Joana Raquel Oliveira Coelho, nº117494**

**Docente Orientador: Mestre Gonçalo Rosa**

**Enfermeiras Orientadoras:**

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

**Almada**

**2023**

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACM - Artéria Cerebral Média

AngioTC - Angiotomografia Computorizada

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD's - Atividades de Vida Diárias

---

---

FC - Frequência cardíaca

FOP - Foramen Ovale Patente

FR - Frequência respiratória

Hb - Hemoglobina

NIHSS - National Institutes of Health Stroke Scale

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SpO2 - Saturação Periférica de Oxigênio

TA - Tensão Arterial

TC - CE - Tomografia Computorizada Crânio-Encefálica

Tt<sup>o</sup> - Temperatura timpânica

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UMDR - Unidade de Média Duração e Reabilitação

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	4
1. HISTÓRIA DE SAÚDE .....	5
2. COLHEITA DE DADOS .....	5
2.1. DADOS PESSOAIS .....	5
2.2. HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL .....	5
2.3. ANTECEDENTES PESSOAIS .....	8
3. EXAME FÍSICO E AVALIAÇÃO FUNCIONAL .....	8
3.1. EXAME FÍSICO SUMÁRIO .....	8
3.2. AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA .....	8
3.3. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA .....	9
3.3.1. Estado Mental .....	9
3.3.2. Pares Cranianos .....	9
3.3.3. Coordenação Motora .....	10
3.3.4. Sensibilidade .....	10
3.3.5. Equilíbrio Corporal .....	11
3.3.6. National Institutes of Health Stroke Scale .....	11
3.4. AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO MUSCULAR .....	11
3.4.1. Escala da Força Muscular .....	11
3.4.2. Tônus Muscular .....	13
3.5. AVALIAÇÃO DA DOR .....	13
3.6. AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA E IMPACTO NO AUTOCUIDADO .....	13
3.6.1. Avaliação do Impacto do Autocuidado (Requisitos segundo a Teoria de Dorothea Orem)14	
4. PROGRAMA DE REABILITAÇÃO .....	16
4.1. OBJETIVOS .....	16
4.2. PROBLEMAS IDENTIFICADOS .....	16
5. PLANO DE CUIDADOS .....	19
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	34
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	35
8. ANEXOS .....	36
8.1. ANEXO 1 - FOLHETO PARALISIA FACIAL .....	36
9. APÊNDICES .....	37
9.1. APÊNDICE 1 – ESCALA DE BRADEN .....	37
9.2. APÊNDICE 2 – ESCALA DE MORSE .....	38
9.3. APÊNDICE 3 – ESCALA DE BORG MODIFICADA .....	39

9.4. APÊNDICE 4 – ESCALA DE GLASGOW .....	39
9.5. APÊNDICE 5 – MINI MENTAL STATE EXAMINATION .....	40
9.6. APÊNDICE 6 – ESCALA DE TINETTI .....	41
9.7. APÊNDICE 7 – NIHSS .....	43
9.8. APÊNDICE 8 – ESCALA DE ASHWORTH MODIFICADA .....	44
9.9. APÊNDICE 9 – ÍNDICE DE BARTHEL .....	45
9.10. APÊNDICE 10 – ESCALA DE MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL .....	47

## **INTRODUÇÃO**

No âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde da Egas Moniz School of Health & Science, foi proposta a realização de um estudo de caso que refletisse as competências exigidas e ambicionadas, na área da Enfermagem de Reabilitação, decorrentes da sua experiência e que de uma forma crítico-reflexiva, promova o desenvolvimento e aquisição de competências gerais e específicas de Enfermagem de Reabilitação.

O presente estudo de caso aborda a situação da Sr.ª S.N., à qual tive e tenho a oportunidade de prestar cuidados de reabilitação durante este primeiro mês de estágio.

A elaboração deste estudo de caso assenta na intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação à pessoa com incontinência, após Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Pretende-se assim que a elaboração deste estudo de caso sirva de suporte ao percurso de formação como futura enfermeira especialista.

Para garantir os princípios éticos foi obtido o consentimento livre e esclarecido da Sr.ª S.N, para a elaboração deste estudo de caso, com base na sua situação de saúde.

## 1. HISTÓRIA DE SAÚDE

A Sr.<sup>a</sup> S.N. do sexo feminino, de 49 anos, previamente independente nos autocuidados e atividades de vida diárias, encontrava-se no seu estado habitual de saúde até ao dia 14/03/23. Nesse dia apresentou, de forma súbita, quadro de diminuição da força muscular do hemicorpo esquerdo, sendo encaminhada ao hospital da Guiné-Bissau. Por falta de resposta hospitalar adequada, procederam à evacuação da doente para Lisboa, a 17/03/23. Nesse mesmo dia fez craniectomia descompressiva. Atualmente mantém-se internada, com alta clínica desde 31/05/23, a aguardar vaga em Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR), na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

## 2. COLHEITA DE DADOS

### 2.1. DADOS PESSOAIS

Nome: S.N.

Data de Nascimento: [REDACTED]

Idade: [REDACTED]

Género: Feminino;

Residência: [REDACTED]

Naturalidade: [REDACTED]

Profissão: Lojista.

### 2.2. HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL

Doente no seu estado de saúde habitual até dia 14/03/2023, na Guiné-Bissau, quando inicia subitamente quadro de diminuição da força muscular do hemicorpo esquerdo, enquanto se encontrava a tomar banho. Foi encaminhada ao Hospital, na Guiné-Bissau, onde é observada com parésia facial central esquerda e hemiplegia esquerda; posteriormente foi transferida para uma clínica privada, onde apresentava uma tensão arterial (TA) de 147/65mmHg. Não foi possível realizar uma tomografia computadorizada – crânio-encefálica (TC - CE), por inexistência de equipamento. Nesse momento terá sido administrada terapêutica anti-hipertensora (nifedipina) e sinvastatina (como prevenção cardiovascular), tendo ficado em observação durante 48 horas.

Segundo registos, por falta de resposta hospitalar adequada, procederam ao processo de evacuação da doente para Lisboa.

No dia 17/03/2023, pelas 00h, foi admitida no [REDACTED] na observação à chegada, apresentava abertura ocular ao estímulo, resposta verbal incompreensível e localiza a dor, hemianopsia homónima esquerda e desvio óculo-cefálico para a direita que não ultrapassa a linha média, paresia facial central esquerda, disartria severa, hemiplegia esquerda, hemihipostesia esquerda e anosognosia.

Foi realizado TC-CE que demonstrou sinais de isquémia recente córtico-subcortical fronto-temporal insular com extensão do núcleo basal direito e componentes hemáticos profundos, isquémia do território barreira parietal direito, com efeito de massa e apagamento sulcal, moldagem com colapso parcial do ventrículo lateral e terceiro ventrículo, herniação subfalcina, báscula do mesencéfalo, com desvios da estruturas da linha média contabilizado em cerca de 13mm; e uma angiotomografia computadorizada (AngioTC) que demonstrou a existência de um trombo suboclusivo no segmento distal da artéria cerebral média (ACM) direita, sugestivo de recanalização, com permanência de oclusão distal, que deu origem a uma hipoperfusão temporal polar direita. Sem indicação para trombólise endovenosa ou trombectomia mecânica, por se encontrar fora do período janela para a realização de ambos os procedimentos. Após realização dos exames, anteriormente descritos, iniciou medidas anti-edema com administração endovenosa de furosemida 20mg, de 12/12h, e manitol 10% (250ml), de 8/8h.

A 18/03/2023, por aumento do edema intracraniano e do aumento do desvio da linha média, foi submetida a craniectomia descompressiva frontotemporoparietal direita, sendo posteriormente internada sob ventilação mecânica invasiva na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), [REDACTED]. Tendo em conta a evolução clínica favorável na UCI, foi extubada com sucesso no dia 18/03/2023.

A 19/03/2023, realizou TC-CE de controlo que revelou hematoma epidural (não tendo iniciado terapêutica preventiva secundária); foram colocadas meias de compressão pneumática como prevenção tromboembólica. Nesse mesmo dia, por manter estabilidade clínica e foi transferida para Unidade de AVC do [REDACTED].

A 28/03/2023, por boa evolução cicatricial da sutura craniana foram removidos os agrafos.

Intercorrências durante o internamento na Unidade de AVC, a destacar (de acordo com o diário clínico):

- edema periorbitário: não sugestivo de celulite pré - septal, avaliada por oftalmologia com exclusão de foco infeccioso, e sugerida lubrificação dos olhos;

- infecção por SARS-COV2 (identificada 25/3/2023);
- cervicálgia em contexto de contratura cervical direita: tendo realizado fisioterapia e terapêutica com relaxante muscular e com melhoria das queixas;
- tromboembolismo pulmonar com suspeita de sobreinfecção: em contexto de dor torácica, sem dessaturação nem hipoxémia em gasimetria. Iniciou anticoagulação terapêutica a 29/3/2023, com TC-CE de controlo sobreponível, sem agravamento de hematomas epidurais. E ela suspeita de sobreinfecção iniciou antibioterapia endovenosa;
- candidíase oral (diagnóstico a 26/3/2023): tendo cumprido terapêutica direcionada (nistatina);
- conjuntivite aguda (diagnóstico a 27/3/2023): com exsudado purulento bilateralmente, tendo cumprido terapêutica com cloranfenicol, com melhoria.

Durante o internamento nesta na Unidade de AVC, [REDACTED], manteve-se clinicamente estável, sendo que à data de transferência a doente mantinha: anosognosia, hemianopsia homónima esquerda e desvio óculo-cefálico para a direita que não ultrapassava a linha média, paresia facial central esquerda, disartria ligeira, plegia no membro superior esquerdo e paresia do membro inferior esquerdo (com força muscular grau 1, em todos os segmentos), hemihipostesia esquerda e incapaz de realizar marcha autónoma, sendo dependente para as suas atividades de vida diárias (AVD's).

A 31/03/2023 foi transferida para o Serviço de Neurologia, [REDACTED], por ser o hospital da área de residência (morada fornecida pela irmã).

Segundo o diário clínico, através do estudo etiológico realizado até à data da alta clínica foi identificado:

- anticoagulante lúpico positivo (20/03);
- foramen ovale patente (FOP) de grandes dimensões, com shunt direito-esquerdo significativo (documentado em doppler transcraniano a 20/03, e ecocardiograma transesofágico a 24/03);
- anemia normocítica e normocromica com hemoglobina (Hb) 11,8g/dl, com teste de falciformização positivo, sem necessidade de suporte transfusional.

A 31/05/2023 foi dada alta clínica, por parte da equipa médica do Serviço de Neurologia, mantendo cuidados e programa de reabilitação instituído. Aguarda cranioplastia e vaga em UMDR, na RNCCI.

Diagnóstico: **AVC isquêmico no território da ACM direita**, de provável etiologia cardioembólica (em contexto de FOP de grandes dimensões e anticoagulante lúpico positivo);

## 2.3. ANTECEDENTES PESSOAIS

Hábitos aditivos: Nega consumo de tabaco, álcool e estupefacientes;

Alergias: Nega alergias medicamentosas ou outras;

Terapêutica habitual: Nega;

Antecedentes pessoais (co-morbilidades): Nega.

## 3. EXAME FÍSICO E AVALIAÇÃO FUNCIONAL

### 3.1. EXAME FÍSICO SUMÁRIO

Dados antropométricos: Peso - 90kg; Altura - 162cm;

Exame físico (23/05/23):

A Sr.<sup>a</sup> S.N. encontra-se vígil e orientada na pessoa, no tempo e no espaço. Apresenta pele e mucosas integras, coradas e hidratadas. Sem alterações na deglutição. Apresenta hemiplegia à esquerda. Sem cicatrizes, massas ou tumefações palpáveis. Urina e evacua na fralda/arrastadeira (com necessidade de administração de terapêutica laxante e emoliente).

Sinais Vitais (23/05/23):

TA - 133/70mmHg; Frequência cardíaca (FC) - 69bpm; Temperatura timpânica (Tt<sup>o</sup>) - 36,7°C; Frequência respiratória (FR) - 18 cpm; SpO2 - 97-98%, em ar ambiente; Dor - grau zero, na escala numérica da dor.

Risco de Úlcera por Pressão (Escala de Braden):

Score 15, equivalente a alto risco de úlcera por pressão (APÊNDICE 1);

Risco de Queda (Escala de Morse):

Score 35, equivalente a baixo risco de queda (APÊNDICE 2).

### 3.2. AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA

Avaliação efetuada a 23/05/23:

<b>Inspeção</b>	Padrão respiratório misto, simétrico e de ritmo regular, com amplitude normal.
<b>Palpação</b>	Não se detetaram massas ou saliências, nem pontos dolorosos, em ambas as faces de ambos os hemitoráx.
<b>Percussão</b>	Apresenta som ressonante em todos os pontos do tórax.
<b>Auscultação</b>	À auscultação apresenta murmúrio vesicular mantido, sem presença de ruídos adventícios.
<b>Tosse</b>	Apresenta reflexo de tosse presente e eficaz e não apresenta secreções.
<b>Escala de Borg modificada</b> (APÊNDICE 3)	2

### 3.3. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

#### 3.3.1. Estado Mental (19/05/23)

Estado de Consciência (Escala de Glasgow): apresenta Score 15, na Escala de Glasgow (APÊNDICE 4);

Orientação: encontra-se orientada auto e alo psiquicamente;

Atenção: vígil, atenta, por vezes desconcentra-se

Memória (Mini Mental State Examination): apresenta memória imediata, recente e remota conservada (APÊNDICE 5);

Linguagem: apresenta discurso espontâneo e fluente; nomeia, repete e compreende.

Capacidades Práticas: mantém capacidade para efetuar gestos simbólicos (por exemplo: sinal da cruz) e icónicos transitivos (por exemplo: utilizar um pente ou um copo) e intransitivos (por exemplo: dizer adeus).

#### 3.3.2. Pares Cranianos (23/06/23)

PAR CRANIANO		AVALIAÇÃO
I	Olfativo	Sem indícios de anosmia ou hiposmia;
II	Ótico	Acuidade visual bilateral mantida por contagem de dedos, apresentando quadrantanópsia superior esquerda;
III	Oculomotor	Pupilas simétricas, isocóricas e isorreativas;

IV	Patético	Ausência de nistagmo ou ptose palpebral;
VI	Motor ocular externo	Movimento conjugado do olhar mantido e simétrico; Nega diplopia;
V	Trigêmeo	Movimentos mastigatórios mantidos; Sensibilidade térmica, tátil e dolorosa mantida bilateralmente, nos vários ramos do nervo trigêmeo (oftálmico, maxilar e mandibular);
VII	Facial	Apresenta parésia facial central esquerda, sem fuga de líquidos ou alimentos (utilizando equipamento adaptados, por exemplo copo com bico); Sem alterações ao nível do paladar, identificando os sabores doce, salgado e amargo;
VIII	Auditivo/Estado-acústico	Acuidade auditiva bilateral mantida de olhos fechados, identifica sons; Sem hipoacusia; Apresenta equilíbrio estático sentado; Não consegue manter a posição ortostática, por apresentar hemiplegia à esquerda, pelo que não é possível realizar o teste de Romberg; Sem alterações no teste de Rinne e Webber;
IX	Glossofaríngeo	Sem alterações do paladar;
X	Vago	Tom de voz sem alterações; Reflexo de tosse presente e eficaz; Sem disfagia; Reflexo de vômito presente à estimulação do pilar amigdalino;
XI	Espinal	Tónus muscular cervical mantido, lateraliza a cabeça e eleva o ombro direito contra resistência;
XII	Grande hipoglosso	Sem alterações da mobilidade da língua; Úvula centrada; Elevação simétrica do palato mole; Não apresenta resíduos faríngeos após deglutição.

### 3.3.3. Coordenação Motora (23/05/23)

A Sr<sup>a</sup> SN realiza as provas dedo-nariz e calcanhar-joelho sem limitações, ao nível dos membros direitos (por apresentar hemiplegia à esquerda).

### 3.3.4. Sensibilidade (23/05/23)

	Superficial			Profunda
	Tátil	Térmica	Dolorosa	

Face	E	M	M	M	Presente. Barestesia, batiestesia palestesia e esteriognosia preservadas.
	D	M	M	M	
Membros Superiores	E	Dm	Dm	Dm	
	D	M	M	M	
Tronco		M	M	M	
Membros Inferiores	E	Dm	Dm	Dm	
	D	M	M	M	
Legenda		E – Esquerdo; D – Direito; M – Mantida; Dm – Diminuída.			

### 3.3.5. Equilíbrio Corporal (23/05/23)

Na posição sentada apresenta equilíbrio estático e dinâmico. Não se consegue colocar na posição ortostática sem apoio de terceiros, devido à hemiplegia esquerda.

Escala de Tinetti: Score 2/28 (APÊNDICE 6).

### 3.3.6. National Institutes of Health Stroke Scale

De acordo com o diário clínico, a Sr.<sup>a</sup> apresentava um National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) de 16 à chegada ao [REDACTED], no dia 17/03/2023. Entre o dia 19/05 e o dia 15/06, apresentou melhoria na avaliação de NIHSS de 14 para 12 (APÊNDICE 7).

## 3.4. AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO MUSCULAR

### 3.4.1. Escala da Força Muscular

Avaliação da Força Muscular de acordo com a <i>Medical Research Council Muscle Scale</i>			
Segmento Corporal	Movimento	Avaliação	
		19/05	15/06
Cabeça e Pescoço	Flexão	5/5	5/5
	Extensão	5/5	5/5
	Flexão lateral esquerda	5/5	5/5
	Flexão lateral direita	5/5	5/5
	Rotação	5/5	5/5
<b>Membro Superior</b>		<b>Esquerdo</b>	<b>Direito</b>

		19/05	15/06	19/05	15/06
Escapulo-umeral	Flexão	0/5	0/5	4/5	5/5
	Extensão	0/5	0/5	4/5	5/5
	Adução	0/5	0/5	4/5	5/5
	Abdução	0/5	0/5	4/5	5/5
	Rotação Interna	0/5	0/5	4/5	5/5
	Rotação Externa	0/5	0/5	4/5	5/5
	Elevação	0/5	0/5	4/5	5/5
	Depressão	0/5	0/5	4/5	5/5
Cotovelo	Flexão	0/5	0/5	4/5	5/5
	Extensão	0/5	0/5	4/5	5/5
Antebraço	Pronação	0/5	0/5	4/5	5/5
	Supinação	0/5	0/5	4/5	5/5
Punho	Flexão	0/5	0/5	4/5	5/5
	Extensão	0/5	0/5	4/5	5/5
	Desvio cubital	0/5	0/5	4/5	5/5
	Desvio Radial	0/5	0/5	4/5	5/5
	Circundação	0/5	0/5	4/5	5/5
Dedos da Mão	Flexão	0/5	0/5	4/5	5/5
	Extensão	0/5	0/5	4/5	5/5
	Adução	0/5	0/5	4/5	5/5
	Abdução	0/5	0/5	4/5	5/5
	Circundação	0/5	0/5	4/5	5/5
	Oponência do 1º dedo	0/5	0/5	4/5	5/5
<b>Membro Inferior</b>		<b>Esquerdo</b>		<b>Direito</b>	
		19/05	15/06	19/05	15/06
Coxofemoral	Flexão	0/5	1/5	4/5	5/5
	Extensão	0/5	1/5	4/5	5/5
	Adução	0/5	0/5	4/5	5/5
	Abdução	0/5	0/5	4/5	5/5
	Rotação Interna	0/5	0/5	4/5	5/5
	Rotação Externa	0/5	0/5	4/5	5/5
Joelho	Flexão	0/5	0/5	4/5	5/5
	Extensão	0/5	0/5	4/5	5/5
Tibiotársica	Flexão plantar	0/5	0/5	4/5	5/5
	Flexão dorsal	0/5	0/5	4/5	5/5
	Inversão	0/5	0/5	4/5	5/5

	Eversão	0/5	0/5	4/5	5/5
Dedos do Pé	Flexão	0/5	0/5	4/5	5/5
	Extensão	0/5	0/5	4/5	5/5
	Adução	0/5	0/5	4/5	5/5
	Abdução	0/5	0/5	4/5	5/5
<b>Legenda</b>					
<b>0</b>	sem contração visível;				
<b>1</b>	contração visível sem movimento do membro;				
<b>2</b>	movimento do membro, mas não contra a gravidade;				
<b>3</b>	movimento contra a gravidade em (quase) todo o alcance;				
<b>4</b>	movimento contra a gravidade e resistência;				
<b>5</b>	força normal.				

### 3.4.2. Tônus Muscular

Na avaliação do tônus muscular através de mobilização passiva, verificam-se alterações do tônus muscular em alguns segmentos do membro superior esquerdo, sendo avaliado como 1+ ao nível do cotovelo (aumento do tônus em menos de metade do arco de movimento, manifestado por tensão abrupta e seguido de resistência mínima), e como 2 ao nível do ombro (aumento do tônus em mais de metade do arco de movimento), segundo a Escala de Ashworth Modificada (APÊNDICE 8).

## 3.5. AVALIAÇÃO DA DOR

A Sr<sup>a</sup> S.N. aquando da realização dos exercícios musculo-articulares referia dor lancinante (grau 10, na escala numérica da dor), em todos os movimentos do membro superior esquerdo e na flexão/extensão do joelho esquerdo, referindo alívio imediato ao cessar a mobilização do membro. Atualmente nega dor (grau 0, na escala numérica da dor), durante a realização dos exercícios [Avaliação efetuada entre 19/05/2023 e 15/05/23].

## 3.6. AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA E IMPACTO NO AUTOCUIDADO

Verificou-se um grau de dependência grave de acordo com o Índice de Barthel (APÊNDICE 9) e uma necessidade de ajuda máxima a moderada no autocuidado, no

controle de esfíncteres, na mobilidade, e ajuda total na locomoção, segundo a Escala de Medida de Independência Funcional (MIF) (APÊNDICE 10).

**3.6.1. Avaliação do Impacto do Autocuidado** (Requisitos segundo a Teoria de Dorothea Orem) [Avaliação efetuada a 19/05/23]

<b>Requisitos Universais</b>	<b>Padrão de Autocuidado</b>	<b>Sistema de Enfermagem</b>
Manutenção da quantidade suficiente de ar	Eupneica, com SpO2 de 97-97%, em ar ambiente. Padrão respiratório misto, simétrico e de ritmo regular, com amplitude normal. A auscultação apresenta murmúrio vesicular mantido, sem presença de ruídos adventícios. Não apresenta secreções. Tolerância ao esforço, perante os exercícios músculo-articulares.	Sistema Parcialmente Compensatório
Manutenção da quantidade suficiente de água e ingestão suficiente de alimentos	Ingestão hídrica adequada, de pelo menos 1 Litro de água por dia; Dieta mole, fornecida pelo hospital, adequada aos gostos da Sr. <sup>a</sup> S.N., que tolera; Sem alterações da deglutição; Necessita que lhe preparem e partam os alimentos, para que possa comer por mão própria.	Sistema Parcialmente Compensatório
Provisão de cuidados associados com processos de eliminação	A Sr. <sup>a</sup> S.N. mantém a continência urinária e intestinal, contudo apesar de ser incentivada a solicitar a arrastadeira ou a deslocar-se ao wc, opta maioritariamente por urinar/evacuar na fralda e depois informar que precisa de ser trocada.	Sistema Parcialmente Compensatório e Sistema de Apoio-Educativo
Manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso	Dorme cerca de 7 a 8 horas por noite, sem insónia, cumprindo terapêutica (mirtazapina) ao deitar; Realiza levante diário, para cadeira de rodas, com ajuda de uma pessoa (em dois períodos do dia, de manhã e à tarde); Mantém equilíbrio estático e dinâmico sentada; Devido à alteração da força muscular à esquerda não consegue manter-se em posição ortostática sem apoio; Dependência grave nos autocuidados; Realiza levante diário para cadeira	Sistema Parcialmente e Totalmente Compensatório

	de rodas (com ajuda total).	
Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social	Vê televisão ao longo do dia; Interage com família e amigos via telemóvel; Recebe diariamente visitas da filha, irmã e amigas, com agrado; Refere tristeza pela ausência do marido e do filho.	Sistema Parcialmente Compensatório
Prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano	Equilíbrio estático e dinâmico em posição sentada; Desequilíbrio estático e dinâmico em posição ortostática, sem apoio; Reconhece as suas limitações motoras e a necessidade se posicionamento frequente para alívio de pressão; mas não colabora no posicionamento, mesmo com recurso ao apoio do triangulo de apoio e grades da cama.	Sistema Totalmente Compensatório
Promoção do funcionamento do ser humano dentro de grupos sociais, de acordo com o potencial humano, as limitações	Reconhece as suas limitações motoras; Apresenta-se emocionalmente triste, com episódios de choro frequentes perante a sua situação de saúde, familiar e limitações.	Sistema Parcialmente Compensatório
<b>Desvios de Saúde</b>	<b>Padrão de Autocuidado</b>	<b>Sistema de Enfermagem</b>
Procurar garantir assistência médica adequada	Demonstra capacidade para identificar as necessidades de assistência médica, no entanto não consegue recorrer aos meios para tal de forma autónoma.	Sistema Parcialmente Compensatório
Estar consciente e atender aos efeitos e resultados das condições e estados patológicos	Compreende e associa os efeitos como inerentes ao seu estado patológico.	Sistema de Apoio-Educativo
Realiza as prescrições terapêuticas e reabilitação	Realiza o programa de reabilitação delineado, apenas com acompanhamento de EEER ou aluna de mestrado de enfermagem de reabilitação.	Sistema Totalmente Compensatório
Estar consciente e regular os efeitos desconfortáveis resultantes das intervenções	Associa os efeitos, nomeadamente, a dor se exceder a capacidade articular. Tolerar poucas repetições de cada movimento, por dor.	Sistema Parcialmente Compensatório e Sistema de Apoio-Educativo
Modificar o autoconceito em aceitar o estado de saúde e necessitar de novas formas de cuidados	Reconhece as suas necessidades de cuidados, mas precisa de incentivo constante.	Sistema Parcialmente Compensatório e Sistema de Apoio-

		Educativo
Aprender a viver com os efeitos das condições e estados patológicos	A mudança de independente para a dependência grave desde março, de forma abrupta, é reconhecida, mas ainda não é totalmente aceite. Pouco colaborante nos autocuidados, mas consegue auxiliar nos cuidados de higiene, nos posicionamentos e a alimentar-se.	Sistema Parcialmente Compensatório e Sistema de Apoio-Educativo
<b>Desenvolvimento</b>	<b>Padrão de Autocuidado</b>	<b>Sistema de Enfermagem</b>
Envelhecimento	Reconhece que o repouso agrava o declínio funcional; Não aceita as suas limitações associadas ao AVC.	Sistema Parcialmente Compensatório

## 4. PROGRAMA DE REABILITAÇÃO

### 4.1. OBJETIVOS

Com base na avaliação previamente efetuada à Sr.<sup>a</sup> S.N., foi possível delinear os seguintes objetivos para um Plano de Reabilitação:

**Objetivo da Sr.<sup>a</sup> S.N.:** Ganhar maior autonomia nas transferências.

**Objetivos do Programa de Reabilitação:**

- Reduzir a espasticidade instalada;
- Treinar o equilíbrio estático e dinâmico em ortostatismo;
- Estimular movimentos musculo-articulares no hemisfério mais afetado;
- Treinar os autocuidados, promovendo a independência e funcionalidade;
- Promover o levante diário, com apoio de uma pessoa;
- Impedir e corrigir posições viciosas e antiálgicas defeituosas:
- Promover o autocontrolo da continência urinária e intestinal.

## 4.2. PROBLEMAS IDENTIFICADOS

<b>Problemas</b>	<b>Requisitos segundo Dorothea Orem</b>	<b>Diagnóstico</b> (segundo CIPE 2015)
Alteração no equilíbrio estático e dinâmico em ortostatismo	<p><u>Requisito Universal:</u> Prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano</p> <p><u>Requisito Universal:</u> Manutenção de equilíbrio entre atividade e repouso</p>	<b>Equilíbrio Corporal Comprometido</b>
Alteração da força muscular, levante e transferência		<b>Pôr-se de pé comprometido em grau elevado</b>
		<p><b>Movimento Muscular Diminuído</b></p> <p>- hemicorpo direito em grau reduzido (força muscular grau 4)</p> <p>- hemicorpo esquerdo em grau elevado (força muscular grau 0)</p> <p><b>Transferir-se Comprometido</b></p>
Risco de rigidez articular	<p><u>Requisito Universal:</u> Prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano</p> <p><u>Desvios de Saúde:</u> Realiza as prescrições terapêuticas e reabilitação</p>	<b>Risco de Rigidez Articular</b>
Espasticidade no membro superior esquerdo		<b>Espasticidade em grau reduzido</b> (no braço esquerdo)
Paresia facial central esquerda	<p><u>Desvios de Saúde:</u> Estar consciente e atender aos efeitos e resultados das condições e estados patológicos</p> <p><u>Desvios de Saúde:</u> Aprender a viver com efeitos das condições e estados patológicos</p>	<b>Paresia presente</b> (na face à esquerda)
Sensibilidade diminuída		<b>Défice Sensorial presente</b> (no braço e perna esquerdos)
Dependência grave no autocuidado	<p><u>Desvios de Saúde:</u> Modificar autoconceito em aceitar estado de saúde e necessitar de novas e formas de cuidados</p> <p><u>Desvios de Saúde:</u> Aprender a viver com efeitos das condições e estados patológicos</p>	<b>Autocuidado: higiene comprometido em grau elevado</b>
		<b>Autocuidado: ir ao sanitário comprometido em grau elevado</b>
		<b>Autocuidado: vestuário comprometido em grau elevado</b>

<p>Incapacidade para se posicionar, mantendo o alinhamento corporal</p>	<p><u>Requisito Universal:</u> Prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano</p>	<p><b>Posicionar-se comprometido em grau elevado</b></p>
	<p><u>Desvios de Saúde:</u> Aprender a viver com efeitos das condições e estados patológicos</p>	
<p>Autocontrole: continência urinária e intestinal</p>	<p><u>Requisito Universal:</u> Provisão de cuidados associados com processos de eliminação</p>	<p><b>Autocontrole: continência urinária e intestinal comprometido</b></p>

## 5. PLANO DE CUIDADOS

Diagnóstico (entre 19/05 e 23/05)	Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
<p><b>Movimento Muscular Diminuído</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hemicorpo direito em grau reduzido (força muscular grau 4)</li> <li>- hemicorpo esquerdo em grau elevado (força muscular grau 0)</li> </ul> <p>Sistema Parcialmente e Totalmente Compensatório</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular a força e tónus muscular;</li> <li>- Prevenir o declínio funcional;</li> <li>- Melhorar o conhecimento da pessoa sobre técnicas de exercícios músculo-articulares;</li> <li>- Melhorar a capacidade da pessoa para executar técnicas de exercícios músculo-articulares;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorizar a força muscular, através da Medical Research Council Muscle Scale;</li> <li>- Solicitar a participação e envolvimento da pessoa no planeamento da reabilitação, motivando-a a colaborar;</li> <li>- Promover o relaxamento antes da realização dos exercícios, através da posição de relaxamento e técnica de massagem;</li> <li>- Avaliar o conhecimento da pessoa sobre técnicas de exercícios músculo-articulares;</li> <li>- Avaliar a capacidade da pessoa para executar técnicas de exercício músculo-articular;</li> <li>- Ensinar, instruir e treinar técnicas de exercícios músculo-articulares à pessoa:               <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Membros Superiores (ombro, cotovelo, punho e dedos): movimentos flexão-extensão e adução/abdução, circundação, pronação e supinação, flexão-extensão dos dedos com adução e abdução dos mesmos, e oposição do polegar;</li> <li>&gt; Membros Inferiores: movimentos flexão-extensão, adução-abdução e rotação interna-externa da coxa/femoral, flexão-extensão do joelho e dorsiflexão plantar;</li> </ul> </li> <li>- Treinar técnicas de exercício músculo-articular (validar ensinamentos);</li> <li>- Executar técnica de exercício músculo-articular ativo resistido (no hemicorpo direito, com peso de 0,5Kg) e passivo (no hemicorpo</li> </ul>	<p><b>19/05/23</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresenta diminuição da força muscular no hemicorpo direito grau 4, em todos os segmentos, e no hemicorpo esquerdo grau 0, em todos os segmentos (avaliação efetuada de acordo com a Medical Research Council Muscle Scale).</li> <li>- Propriocepção mantida.</li> <li>- Colaborante, dentro das suas possibilidades, na realização dos exercícios músculo-articulares ativos resistidos (no hemicorpo direito, com peso de 0,5Kg) e passivos (no hemicorpo esquerdo), tolerando apenas 5 repetições de cada movimento por dor.</li> <li>- Aquando da realização dos exercícios musculo-articulares refere dor lancinante (grau 10, na escala numérica da dor), em todos os movimentos do membro superior esquerdo e na flexão/extensão do joelho esquerdo, referindo alívio imediato ao cessar a mobilização dos membros.</li> <li>- Colocada em posição de</li> </ul>

		<p>esquerdo):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Membros Superiores (ombro, cotovelo, punho e dedos): movimentos flexão-extensão e adução/abdução, circundação, pronação e supinação, flexão-extensão dos dedos com adução e abdução dos mesmos, e oponência do polegar;</li> <li>&gt; Membros Inferiores: movimentos flexão-extensão, adução-abdução e rotação interna-externa da coxo/femoral, flexão-extensão do joelho e dorsiflexão plantar;</li> <li>- Aumentar progressivamente a resistência nos exercícios, do hemicorpo direito, recorrendo à utilização de recursos como: pesos de outra dimensão e bandas elásticas;</li> <li>- Incentivar a realização de exercícios músculo-articulares ativos (automobilizações);</li> <li>- Incentivar a repetição dos exercícios entre sessões de reabilitação.</li> <li>- Efetuar treino de atividades terapêuticas (rolar, ponte, sentar);</li> <li>- Avaliar a dor da pessoa, aquando da realização das intervenções (escala numérica da dor);</li> <li>- Avaliar o cansaço e ajustar os exercícios ao esforço da pessoa, promovendo intervalos entre os mesmos (escala de Borg modificada);</li> </ul>	<p>relaxamento (posição dorsal, com almofada na região poplíteia) e técnica de massagem antes da realização dos exercícios.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Efetuado treino de atividades terapêuticas (não conseguiu efetuar a ponte por apresentar hemiplegia esquerda);</li> <li>- Aplicada a escala de Borg modificada, para avaliação do esforço aquando da realização dos exercícios, sendo avaliado pela Sr.ª S.N. como 2.</li> </ul> <p><b>15/06/23</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhoria da força muscular no hemicorpo direito, apresentando grau 5, em todos os segmentos; e no hemicorpo esquerdo grau 1 ao nível da flexão/extensão da coxofemoral, grau 0, nos restantes segmentos (avaliação efetuada de acordo com a Medical Research Council Muscle Scale).</li> <li>- Propriocepção mantida.</li> <li>- Colaborante, dentro das suas possibilidades, na realização dos exercícios músculo-articulares ativos resistidos (no hemicorpo direito, com peso de 0,5 a 1Kg) e passivos (no hemicorpo esquerdo), já consegue tolerar 2 séries de 15 repetições de casa movimento, sem dor.</li> <li>- Aquando da realização dos</li> </ul>
--	--	--	--

			<p>exercícios musculo-articulares nega dor (grau 0, na escala numérica da dor), durante a realização dos exercícios.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Colocada em posição de relaxamento (posição dorsal, com almofada na região poplíteia) e técnica de massagem antes da realização dos exercícios.</li> <li>- Efetuado treino de atividades terapêuticas, consegue rolar, sentar e ponte (precisando nesta última, de apoio ao nível do pé esquerdo).</li> <li>- Aplicada a escala de Borg modificada, para avaliação do esforço aquando da realização dos exercícios, sendo avaliado pela Sr.<sup>a</sup> S.N. como 2.</li> </ul>
<p><b>Equilíbrio Corporal Comprometido</b></p> <p>Sistema Totalmente Compensatório</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular a força e tónus muscular;</li> <li>- Prevenir o declínio funcional;</li> <li>- Prevenir a aquisição de posições viciosas;</li> <li>- Promover o treino de equilíbrio estático, na posição sentada e ortostática, e equilíbrio dinâmico, na posição sentada;</li> <li>- Melhorar o conhecimento da pessoa para utilizar técnicas de equilíbrio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorizar o equilíbrio corporal na posição de sentado, através da escala de Tinetti;</li> <li>- Solicitar a participação e envolvimento da pessoa no planeamento da reabilitação, motivando-a a colaborar;</li> <li>- Estimular a manter o equilíbrio corporal sentada com suporte no mobiliário (sentada à beira da cama com apoio dos pés);</li> <li>- Ensinar, instruir e treinar correção postural (quando na cama, corrigir alinhamento corporal apoiando-senas grades da cama);</li> <li>- Executar técnica de treino de equilíbrio na posição: facilitação cruzada, alternância de carga nos membros superiores e oscilações anteriores e posteriores;</li> </ul>	<p><b>23/05/23</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresenta equilíbrio estático e dinâmico na posição sentada; a posição ortostática apenas é possível com apoio bilateral (Escala de Tinetti: Score 2).</li> <li>- Efetuado treino da atividade terapêutica – ponte, mas não conseguiu efetuá-la;</li> <li>- Efetuados exercícios de levantar/sentar, com apoio bilateral;</li> <li>- Efetuado treino de equilíbrio (facilitação cruzada; alternância de carga no membro superior</li> </ul>

	<p>corporal;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar a capacidade da pessoa para utilizar técnicas de equilíbrio corporal;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Executar técnica de treino de equilíbrio estático em posição ortostática, com suporte de barra de apoio ou grade da cama (por apresentar plegia à esquerda);</li> <li>- Ensinar, instruir e treinar a realização da atividade terapêutica ponte;</li> <li>- Incentivar à repetição de exercícios entre sessões de reabilitação;</li> <li>- Avaliar a dor da pessoa, quando da realização das intervenções (escala numérica da dor);</li> <li>- Avaliar o cansaço e ajustar os exercícios ao esforço da pessoa, promovendo intervalos entre os mesmos (escala de Borg modificada);</li> </ul>	<p>direito, por plegia à esquerda, e oscilações anteriores e posteriores);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quando da realização do treino nega dor (grau 0, na escala numérica da dor).</li> <li>- Aplicada a escala de Borg modificada, para avaliação do esforço quando da realização dos exercícios, sendo avaliado pela Sr.<sup>a</sup> S.N. como 2.</li> </ul> <p><b>15/06/23</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresenta equilíbrio estático e dinâmico na posição sentada; consegue tolerar 3 minutos em posição ortostática, com apoio da barra de apoio. (Escala de Tinetti: Score 3).</li> <li>- Efetuado treino da atividade terapêutica – ponte, consegue elevar ligeiramente a bacia, precisando de apoio ao nível do pé esquerdo;</li> <li>- Efetuados exercícios de levantar/sentar, com apoio unilateral;</li> <li>- Efetuado treino de equilíbrio (facilitação cruzada; alternância de carga no membro superior direito, por plegia à esquerda, e oscilações anteriores e posteriores);</li> <li>- Quando da realização do treino</li> </ul>
--	---	---	---

			<p>nega dor (grau 0, na escala numérica da dor).</p> <p>- Aplicada a escala de Borg modificada, para avaliação do esforço aquando da realização dos exercícios, sendo avaliado pela Sr.<sup>a</sup> S.N. como 2.</p>
<p><b>Transferir-se Comprometido em grau elevado</b></p> <p>Sistema Parcialmente e Totalmente Compensatório</p>	<p>- Prevenir o declínio funcional;</p> <p>- Melhorar o conhecimento da pessoa sobre a técnica de adaptação a transferir-se;</p> <p>- Melhorar a capacidade da pessoa para utilizar a técnica de adaptação a transferir-se;</p>	<p>- Solicitar a participação e envolvimento da pessoa no planeamento da reabilitação, motivando-a a colaborar;</p> <p>- Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se;</p> <p>- Ensinar sobre técnica de adaptação para transferir-se:</p> <p>&gt; Sentar na cama com pés apoiados, ficar na posição de pé (neste caso com apoio de uma pessoa), corrigir a postura corporal, posteriormente iniciar a deslocação para a cadeira de rodas, apoiando a mão no braço da cadeira de rodas mais afastado da cama;</p> <p>- Avaliar capacidade da pessoa para utilizar a técnica de adaptação para transferir-se;</p> <p>- Instruir e treinar a técnica de adaptação para transferir-se;</p> <p>- Promover o levante/transferência;</p> <p>- Executar a transferência para cadeira de rodas;</p>	<p><b>23/05/23</b></p> <p>- A Sr.<sup>a</sup> S.N. compreende a técnica de transferência, mas refere medo de cair. A transferência para cadeira de rodas foi efetuada com apoio bilateral. Foram reforçados os ensinamentos sobre a técnica de transferência, com a indicação da sequência dos passos de forma calma e assertiva.</p> <p><b>05/06/23</b></p> <p>- A Sr.<sup>a</sup> S.N. conseguiu realizar a técnica de transferência, com maior confiança. A transferência para cadeira de rodas foi efetuada com apoio unilateral.</p> <p><b>15/06/23</b></p> <p>- A Sr.<sup>a</sup> S.N. conseguiu realizar a técnica de transferência, com maior confiança e segurança. A transferência para cadeira de rodas foi efetuada com apoio unilateral. Com colaboração constante da Sr.<sup>a</sup> S.N. que já</p>

			corrige a postura corporal, antes de se deslocar para a cadeira de rodas, e apoiando a mão no braço da cadeira de rodas mais afastado da cama;
<p><b>Risco de Rigidez Articular</b></p> <p>Sistema Parcialmente e Totalmente Compensatório</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevenir o declínio funcional;</li> <li>- Prevenir a aquisição de posições viciosas;</li> <li>- Melhorar o conhecimento da pessoa sobre a prevenção da rigidez articular;</li> <li>- Melhorar a capacidade da pessoa para prevenir a rigidez;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover o relaxamento antes da realização dos exercícios, através da posição de relaxamento e técnica de massagem;</li> <li>- Avaliar o conhecimento da pessoa sobre técnicas de exercícios músculo-articulares;</li> <li>- Avaliar a capacidade da pessoa para executar técnicas de exercício músculo-articular;</li> <li>- Avaliar conhecimento sobre as condições de risco de rigidez articular;</li> <li>- Ensinar sobre condições de risco de rigidez articular (inatividade física e posicionamentos incorretos);</li> <li>- Ensinar sobre a prevenção de rigidez articular (mobilização articular e posicionamentos);</li> <li>- Avaliar capacidade da pessoa para prevenir a rigidez articular;</li> <li>- Ensinar, instruir e treinar técnicas de exercícios músculo-articulares à pessoa: <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Membros Superiores (ombro, cotovelo, punho e dedos): movimentos flexão-extensão e adução/abdução, circundação, pronação e supinação, flexão-extensão dos dedos com adução e abdução dos mesmos, e oposição do polegar;</li> <li>&gt; Membros Inferiores: movimentos flexão-extensão, adução-abdução e rotação interna-externa da coxa/femoral, flexão-extensão do joelho e dorsiflexão plantar;</li> </ul> </li> <li>- Treinar técnicas de exercício músculo-</li> </ul>	<p><b>23/05/23</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A Sr.<sup>a</sup> S.N. não apresenta rigidez articular e reconhece a importância das mobilizações, contudo não as repete ao longo do dia entre sessões.</li> <li>- Executada técnica de exercício músculo-articular ativo resistido (no hemicorpo direito, com peso de 0,5Kg) e passivo (no hemicorpo esquerdo);</li> <li>- Aquando da realização dos exercícios musculares refere dor lancinante (grau 10, na escala numérica da dor), em todos os movimentos do membro superior esquerdo e na flexão/extensão do joelho esquerdo, referindo alívio imediato ao cessar a mobilização dos membros.</li> <li>- Aplicada a escala de Borg modificada, para avaliação do esforço aquando da realização dos exercícios, sendo avaliado pela Sr.<sup>a</sup> S.N. como 2.</li> </ul> <p><b>15/06/23</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A Sr.<sup>a</sup> S.N. não apresenta</li> </ul>

		<p>articular (validar ensinios);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Executar técnica de exercício músculo-articular ativo resistido (no hemicorpo direito, com peso de 0,5Kg) e passivo (no hemicorpo esquerdo):</li> <li>&gt; Membros Superiores (ombro, cotovelo, punho e dedos): movimentos flexão-extensão e adução/abdução, circundação, pronação e supinação, flexão-extensão dos dedos com adução e abdução dos mesmos, e oponência do polegar;</li> <li>&gt; Membros Inferiores: movimentos flexão-extensão, adução-abdução e rotação interna-externa da coxo/femoral, flexão-extensão do joelho e dorsiflexão plantar;</li> <li>- Aumentar progressivamente a resistência nos exercícios, do hemicorpo direito, recorrendo à utilização de recursos como: pesos de outra dimensão e bandas elásticas;</li> <li>- Incentivar a repetição dos exercícios entre sessões de reabilitação;</li> <li>- Avaliar a dor da pessoa, aquando da realização das intervenções (escala numérica da dor);</li> <li>- Avaliar o cansaço e ajustar os exercícios ao esforço da pessoa, promovendo intervalos entre os mesmos (escala de Borg modificada);</li> </ul>	<p>rigidez articular e reconhece a importância das mobilizações, contudo não as repete ao longo do dia entre sessões.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Executada técnica de exercício músculo-articular ativo resistido (no hemicorpo direito, com peso de 0,5Kg) e passivo (no hemicorpo esquerdo);</li> <li>- Aquando da realização do treino nega dor (grau 0, na escala numérica da dor).</li> <li>- Aplicada a escala de Borg modificada, para avaliação do esforço aquando da realização dos exercícios, sendo avaliado pela Sr.ª S.N. como 2.</li> </ul>
<p><b>Paresia presente na face à esquerda</b></p> <p>Sistema de Apoio-</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular a força e tónus muscular ao nível da face;</li> <li>- Prevenir o declínio funcional;</li> <li>- Melhorar o conhecimento da pessoa sobre técnicas de exercícios orofaciais;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o conhecimento da pessoa sobre técnicas de exercícios orofaciais;</li> <li>- Avaliar a capacidade da pessoa para executar técnicas de exercícios orofaciais;</li> <li>- Ensinar, instruir e treinar técnicas de exercícios orofaciais (executar os exercícios em frente a um espelho; cada exercício deve ser</li> </ul>	<p><b>19/05/23</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresenta parésia facial central esquerda, sem fuga de líquidos ou alimentos (utilizando equipamento adaptado, por exemplo copo com bico);</li> <li>- Ensinados e demonstrados</li> </ul>

<p>Educativo</p>	<p>- Melhorar a capacidade da pessoa para executar técnicas de exercícios orofaciais;</p>	<p>realizado 10 vezes, pelo menos 2 vezes ao dia; os exercícios devem ser realizados do sentido da porção superior da face para a inferior):</p> <p>&gt; elevar as sobrancelhas, cerrar os olhos com força, enrugar o nariz, unir as sobrancelhas com força, sorrir, mostrar os dentes, encher as bochechas de ar, assobiar ou mandar beijinhos e deprimir o lábio inferior;</p> <p>- Treinar técnicas de exercícios orofaciais (validar ensinios);</p> <p>- Dar dispositivo auxiliar (espelho) à pessoa;</p> <p>- Providenciar folheto informativo, com os exercícios orofaciais (inclui imagens da sequência de exercícios; folheto já existente no serviço [ANEXO 1]);</p> <p>- Incentivar a repetição dos exercícios orofaciais, pelo menos 2 vezes ao dia;</p>	<p>exercícios orofaciais; incentivada a repetir os exercícios orofaciais, pelo menos 2 vezes ao dia;</p> <p>- Fornecido espelho e folheto com esquema de exercícios, instruída para a realização dos exercícios; Demonstra capacidade para realizar os exercícios orofaciais.</p> <p><b>15/06/23</b></p> <p>- Mantém avaliação anterior. Reforçados ensinios.</p>
<p><b>Espasticidade em grau reduzido</b> (no braço esquerdo)</p> <p>Sistema Parcialmente e Totalmente Compensatório</p>	<p>- Prevenir o declínio funcional;</p> <p>- Prevenir a aquisição de posições viciosas;</p> <p>- Melhorar o conhecimento da pessoa sobre a prevenção da espasticidade;</p> <p>- Melhorar a capacidade da pessoa para prevenir a espasticidade;</p>	<p>- Monitorizar o grau de espasticidade, através da escala de Ashworth modificada;</p> <p>- Promover o relaxamento antes da realização dos exercícios, através da posição de relaxamento e técnica de massagem;</p> <p>- Avaliar o conhecimento da pessoa sobre técnicas de exercícios músculo-articulares;</p> <p>- Avaliar a capacidade da pessoa para executar técnicas de exercício músculo-articular;</p> <p>- Avaliar conhecimento sobre as condições de risco de espasticidade;</p> <p>- Ensinar sobre condições de risco de espasticidade (inatividade física e posicionamentos incorretos);</p> <p>- Ensinar sobre a prevenção de espasticidade (mobilização articular e posicionamento em</p>	<p><b>19/05/23</b></p> <p>- Avaliado grau de espasticidade, através da escala de Ashworth modificada, verificando-se alterações do tônus muscular em alguns segmentos do membro superior esquerdo, sendo avaliado como 1+ ao nível do cotovelo (aumento do tônus em menos de metade do arco de movimento, manifestado por tensão abrupta e seguido de resistência mínima), e como 2 ao nível do ombro (aumento do tônus em mais de metade do arco de movimento);</p> <p>- Colocada em posição de relaxamento (posição dorsal, com</p>

		<p>padrão anti-espástico);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a capacidade da pessoa para prevenir a espasticidade;</li> <li>- Incentivar a repetição dos exercícios entre sessões de reabilitação;</li> <li>- Avaliar a dor da pessoa, aquando da realização das intervenções (escala numérica da dor);</li> <li>- Avaliar o cansaço e ajustar os exercícios ao esforço da pessoa, promovendo intervalos entre os mesmos (escala de Borg modificada);</li> <li>- Ensinar, instruir e treinar técnicas de exercícios músculo-articulares à pessoa: <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Membros Superiores (ombro, cotovelo, punho e dedos): movimentos flexão-extensão e adução/abdução, circundação, pronação e supinação, flexão-extensão dos dedos com adução e abdução dos mesmos, e oponência do polegar;</li> <li>&gt; Membros Inferiores: movimentos flexão-extensão, adução-abdução e rotação interna-externa da coxo/femoral, flexão-extensão do joelho e dorsiflexão plantar;</li> </ul> </li> <li>- Treinar técnicas de exercício músculo-articular (validar ensinamentos);</li> <li>- Executar técnica de exercício músculo-articular ativo resistido (no hemitorpo direito, com peso de 0,5Kg) e passivo (no hemitorpo esquerdo): <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Membros Superiores (ombro, cotovelo, punho e dedos): movimentos flexão-extensão e adução/abdução, circundação, pronação e supinação, flexão-extensão dos dedos com adução e abdução dos mesmos, e oponência do</li> </ul> </li> </ul>	<p>almofada na região poplíteia) e técnica de massagem antes da realização dos exercícios.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Efetuada técnica de exercício músculo-articular ativo resistido (no hemitorpo direito, com peso de 0,5Kg) e passivo (no hemitorpo esquerdo);</li> <li>- Aplicada a escala de Borg modificada, para avaliação do esforço aquando da realização dos exercícios, sendo avaliado pela Sr.ª S.N. como 2:</li> <li>- Efetuados ensinamentos sobre o posicionamento em padrão anti-espástico;</li> <li>- Aquando da realização dos exercícios musculares refere dor lancinante (grau 10, na escala numérica da dor), em todos os movimentos do membro superior esquerdo, referindo alívio imediato ao cessar a mobilização dos membros.</li> </ul> <p><b>15/06/23</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliado grau de espasticidade, através da escala de Ashworth modificada, verificando-se alterações do tónus muscular em alguns segmentos do membro superior esquerdo, sendo avaliado como 0 ao nível do cotovelo, e como 1 ao nível do ombro;</li> <li>- Colocada em posição de</li> </ul>
--	--	--	---

		<p>polegar;</p> <p>&gt; Membros Inferiores: movimentos flexão-extensão, adução-abdução e rotação interna-externa da coxo/femoral, flexão-extensão do joelho e dorsiflexão plantar;</p>	<p>relaxamento (posição dorsal, com almofada na região poplíteia) e técnica de massagem antes da realização dos exercícios.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Efetuada técnica de exercício músculo-articular ativo resistido (no hemicorpo direito, com peso de 0,5Kg) e passivo (no hemicorpo esquerdo);</li> <li>- Aplicada a escala de Borg modificada, para avaliação do esforço aquando da realização dos exercícios, sendo avaliado pela Sr.ª S.N. como 2:</li> <li>- Reforçados ensinios sobre o posicionamento em padrão anti-espástico;</li> <li>- Aquando da realização do treino nega dor (grau 0, na escala numérica da dor).</li> </ul>
<p><b>Autocuidado: higiene, ir ao sanitário e vestuário comprometidos em grau elevado</b></p> <p>Sistema Parcialmente e Totalmente Compensatório</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular a independência funcional para o autocuidado, a autonomia e autoestima da pessoa;</li> <li>- Melhorar o conhecimento da pessoa sobre o autocuidado: higiene;</li> <li>- Melhorar a capacidade da pessoa no autocuidado: higiene;</li> <li>- Melhorar o conhecimento da pessoa sobre o autocuidado: ir ao sanitário;</li> <li>- Melhorar a capacidade da</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o grau de dependências da pessoa nos autocuidados, através da escala de Barthel e MIF;</li> <li>- Solicitar a participação e envolvimento da pessoa no planeamento da reabilitação, motivando-a a colaborar;</li> <li>- Promover um ambiente calmo e ausente de pressão, disponibilizando o tempo necessário para que a pessoa se possa higienizar, para que não se sinta pressionada;</li> <li>- Cuidados de higiene realizados na casa de banho em cadeira sanitária;</li> <li>- Incentivar e instruir a pessoa a realizar a higiene do corpo com o membro afetado;</li> </ul>	<p><b>23/05/23</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realiza os cuidados de higiene em cadeira sanitária, sendo incentivada a realizar a higiene do corpo, demonstrando-se algo renitente na participação; necessita de ajuda total para a higiene das costas e parte inferior do corpo;</li> <li>- Lava os dentes, precisando apenas de ajuda para segurar na escova e colocar a pasta de dentes na mesma;</li> <li>- Precisa de ajuda total para se</li> </ul>

	<p>pessoa no autocuidado: ir ao sanitário;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar o conhecimento da pessoa sobre o autocuidado: vestuário;</li> <li>- Melhorar a capacidade da pessoa no autocuidado: vestir-se;</li> <li>- Capacitar a pessoa para a utilização de dispositivos e estratégias de apoio no autocuidado: higiene, ir ao sanitário e vestuário;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivar e instruir a pessoa a realizar a higiene do hemitorço afetado;</li> <li>- Incentivar higiene sem ajuda de terceiros;</li> <li>- Supervisionar cuidados de higiene</li> <li>- Ensinar, instruir e treinar estratégias adaptativas para realizar higiene das extremidades (pés) - colocação do pé sobre o joelho contralateral e realizar a higiene.</li> <li>- Ensinar, instruir e treinar estratégias adaptativas para vestir/despir (o lado mais afetado deve ser vestido em primeiro e despido em último; utilizar roupas largas e com maior elasticidade; cruzar membro inferior lesado sobre o contralateral para vestir calças, meias e calçar sapatos);</li> <li>- Treinar o vestir/despir da camisa, calças e meias;</li> <li>- Treinar a utilização de fechos e botões (treino de motricidade fina com uma mão);</li> <li>- Promover a adequação do calçado, para que consiga calçar-se sozinho (com velcro ou sem necessidade de atacadores);</li> <li>- Incentivar a repetição dos treinos de autocuidados diariamente;</li> <li>- Incentivar a urinar e a evacuar na arrastadeira ou casa de banho;</li> </ul>	<p>vestir; consegue abotoar os botões;</p> <p><b>15/05/23</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realiza os cuidados de higiene em cadeira sanitária, participa ativamente na higiene da parte superior do corpo e região genital; necessita de ajuda total para a higiene das costas e parte inferior do corpo; não consegue cruzar os membros inferiores para lavar pernas e pés.</li> <li>- Lava os dentes, precisando apenas de ajuda para segurar na escova e colocar a pasta de dentes na mesma;</li> <li>- Precisa de ajuda total para se vestir; consegue abotoar os botões;</li> </ul>
<p><b>Autocontrolo: continência urinária e intestinal comprometido</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular a independência funcional para o autocuidado, o autocontrolo, a autonomia e autoestima da pessoa;</li> <li>- Melhorar a capacidade da pessoa no autocontrolo: continência urinária e</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aconselhar eliminação urinária antes do sono;</li> <li>- Ensinar sobre técnicas de relaxamento/distração para inibir a vontade de urinar (ensinar que quando sentir a primeira vontade de urinar para relaxar o pavimento pélvico, contração quando urgência urinária);</li> <li>- Ensinar e treinar técnica de posicionamento</li> </ul>	<p>19/05/23</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A Sr.ª S.N. reconhece a vontade de urinar e evacuar, mas (sic) prefere urinar na fralda; incentivada solicitar a arrastadeira ou ida à casa de banho quando sente vontade de urina ou</li> </ul>

<p>Sistema Parcialmente e Totalmente Compensatório</p>	<p>intestinal;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacitar a pessoa para a utilização de dispositivos e estratégias de apoio no autocontrole: continência urinária e intestinal;</li> <li>- Prevenir o declínio funcional;</li> </ul>	<p>para facilitar micção (flexão anterior do tronco, com membros inferiores apoiados em banco para criar inclinação de aproximadamente 45°);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elogiar positivamente se não urinar na fralda ou se urinar na cada de banho;</li> <li>- Incentivar o autocontrole: continência urinária.</li> <li>- Incentivar o autocontrole: continência intestinal;</li> <li>- Planear eliminação intestinal (escolher uma hora após as refeições para evacuar, aproveitando o reflexo gastrocólico, e disponibilizar tempo para ir à casa de banho);</li> <li>- Ensinar sobre o posicionamento adequado para evacuar (flexão anterior do tronco, com membros inferiores apoiados em banco para criar inclinação de aproximadamente 45°);</li> <li>- Treinar a resistência à urgência para defecar (sentada, deverá contrair os músculos do pavimento pélvico durante 1min – a aumentar progressivamente – para controlar o conteúdo da ampola retal);</li> <li>- Incentivar e reforçar a ideia de solicitar a arrastadeira ou ida à casa de banho, quando sente vontade de urinar e evacuar;</li> <li>- Ensinar, instruir e treinar exercícios de fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico;</li> </ul>	<p>evacuar;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Efetuados ensinamentos sobre técnicas de relaxamento/distração, e posicionamento para facilitar a micção e evacuação.</li> <li>- Efetuado treino de exercícios de fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico;</li> </ul> <p>05/06/23</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A Sr.<sup>a</sup> S.N. reconhece a vontade de urinar e evacuar, solicita a arrastadeira ou a ida à casa de banho por períodos; elogiada positivamente perante o seu desenvolvimento, mantendo-a incentivada para continuar a solicitar a arrastadeira ou ida à casa de banho quando sente vontade de urinar ou evacuar; apresenta menos episódios de incontinência urinária.</li> <li>- Efetuado treino de exercícios de fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico; Reforçados ensinamentos.</li> </ul> <p>15/06/23</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A Sr.<sup>a</sup> S.N. reconhece a vontade de urinar e evacuar, solicita a arrastadeira ou a ida à casa de banho por períodos; elogiada positivamente perante o seu desenvolvimento, mantendo-a</li> </ul>
--	--	--	---

			<p>incentivada para continuar a solicitar a arrastadeira ou ida à casa de banho quando sente vontade de urina ou evacuar;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Efetuado treino de exercícios de fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico;</li> <li>- Reforçados ensinios.</li> </ul>
<p><b>Déficé Sensorial presente no braço e perna esquerdos</b></p> <p>Sistema Parcialmente e Totalmente Compensatório</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar o conhecimento da pessoa sobre estratégias adaptativas ao déficé sensorial;</li> <li>Capacitar a pessoa para a utilização de estratégias adaptativas ao déficé sensorial;</li> <li>- Prevenir o declínio funcional;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular a perceção sensorial através de exercícios músculo-articulares passivos, posicionamento e facilitação cruzada;</li> <li>- Potenciar a utilização do membro mais lesado;</li> <li>- Executar estimulação sensitiva através da aplicação de calor e frio;</li> <li>- Ensinar, instruir e treinar sobre estratégias adaptativas ao déficé sensorial (risco de queimadura, de lesão do hemicorpo mais lesado e de queda): avaliar a temperatura da água do banho no hemicorpo menos lesado, após transferência/posicionamento verificar a posição dos segmentos corporais, verificar a posição dos segmentos corporais antes de pôr-se de pé/transferir-se/posicionar-se.</li> </ul>	<p><b>23/05/23</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresenta sensibilidade superficial (táctil, térmica e dolorosa) diminuída no braço e perna esquerdos; sensibilidade profunda mantida;</li> </ul> <p>Explicado que por apresentar alteração ao nível da sensibilidade superficial existe maior risco de queimadura, de lesão do hemicorpo mais lesado e de queda;</p> <p><b>15/06/23</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantém avaliação anterior.</li> </ul> <p>Reforçados ensinios.</p>

<p style="text-align: center;"><b>Pôr-se de pé comprometido em grau elevado</b></p> <p style="text-align: center;">Sistema Parcialmente e Totalmente Compensatório</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular a força e tônus muscular ao nível da face;</li> <li>- Prevenir o declínio funcional;</li> <li>- Melhorar o conhecimento da pessoa sobre técnicas de adaptação para pôr-se de pé;</li> <li>- Melhorar o conhecimento da pessoa sobre dispositivo auxiliar para pôr-se de pé;</li> <li>- Capacitar a pessoa para a utilização de técnicas de adaptação para pôr-se de pé;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a pessoa a pôr-se de pé (com e sem ajuda de terceiros/dispositivo auxiliar);</li> <li>- Ensinar, instruir e treinar sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé em segurança (recurso a dispositivo auxiliar: barra/grades da cama; alinhamento corporal e verificação de segmentos corporais; pôr-se de pé com apoio de terceiros; necessidade de bloquear o joelho e o pé);</li> <li>- Planejar e orientar para pôr-se de pé (verificar posição dos segmentos corporais, flexão do joelho com os pés a 90°, apoio em barra/grades da cama, flexão anterior do tronco e pôr-se de pé);</li> <li>- Avaliar risco de queda, através da escala de Morse;</li> </ul>	<p><b>23/05/23</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A Sr.<sup>a</sup> S.N. não consegue passar da posição de deitada para a posição sentada sem apoio de terceiros;</li> <li>- A transferência para cadeira de rodas foi efetuada com apoio bilateral;</li> <li>- Apresenta equilíbrio estático e dinâmico na posição sentada; a posição ortostática apenas é possível com apoio bilateral.</li> <li>- Avaliado risco de queda, através da escala de Morse, score 35 (baixo risco de queda);</li> <li>- Efetuados exercícios de levantar/sentar, com apoio bilateral;</li> </ul> <p><b>15/06/23</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliado risco de queda, através da escala de Morse, score 35 (baixo risco de queda);</li> <li>- Apresenta equilíbrio estático e</li> </ul>

			<p>dinâmico na posição sentada; consegue tolerar 3 minutos em posição ortostática, com apoio da barra de apoio;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Efetuados exercícios de levantar/sentar, com apoio unilateral;</li> <li>- Com colaboração constante da Sr.<sup>a</sup> S.N. que já corrige a postura corporal, antes de se deslocar para a cadeira de rodas, e apoiando a mão no braço da cadeira de rodas mais afastado da cama, coloca-se de pé/transfere-se com apoio unilateral;</li> </ul>
<p><b>Posicionar-se comprometido em grau elevado</b></p> <p>Sistema Parcialmente e Totalmente Compensatório</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevenir o declínio funcional;</li> <li>- Prevenir úlceras por pressão;</li> <li>- Prevenir a aquisição de posições viciosas;</li> <li>- Melhorar o conhecimento da pessoa sobre a técnica de adaptação para posicionar-se;</li> <li>- Melhorar a capacidade da pessoa para utilizar a técnica de adaptação para posicionar-se;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para posicionar-se;</li> <li>- Avaliar capacidade para se autoposicionar (se consegue mudar de posição, garantir alinhamento corporal e alternar zonas de pressão);</li> <li>- Ensinar sobre técnica de adaptação para posicionar-se (utilização das grades da cama como barra de apoio, assim como do triângulo de apoio);</li> <li>- Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para se autoposicionar;</li> <li>- Treinar técnica de adaptação para posicionar-se (instruir sobre rotação na cama com recurso a barra de apoio - grades da cama, e verificar a posição dos segmentos corporais [visualizar onde se encontra o braço e a perna esquerda, verificar se não ficam debaixo do corpo], mudar de posição com frequência, dar preferência ao decúbito lateral esquerdo, para aumentar</li> </ul>	<p><b>19/05/23</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Necessita de apoio de 2 pessoas para se posicionar no leito, não compreende técnica de posicionamento, quando tenta alternar decúbito permanece com alinhamento corporal incorreto;</li> <li>- Sem sinais de úlcera por pressão;</li> <li>- Avaliado risco de úlcera por pressão, através da escala de Braden, score 13 (alto risco de úlcera por pressão);</li> </ul> <p><b>15/06/23</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Necessita de apoio de 1 pessoa para se posicionar no leito, compreende técnica de posicionamento e recorre à</li> </ul>

		sensibilidade profunda e postural.); - Avaliar o risco de úlcera por pressão, através da escala de Braden;	técnica terapêutica de rolar com apoio da grade da cama, quando permanece no leito já apresenta melhoria do alinhamento corporal; - Sem sinais de úlcera por pressão; - Avaliado risco de úlcera por pressão, através da escala de Braden, score 15 (alto risco de úlcera por pressão);
--	--	---	---

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados obtidos e apresentados são o reflexo da condição da Sr.<sup>a</sup> S.N., da estratégia de reabilitação aplicada, e da monitorização através de escalas validadas para a população portuguesa. A aplicação de escalas, permite-nos monitorizar os cuidados de enfermagem de reabilitação realizados, demonstrando a eficácia das intervenções, permitindo a implementação de intervenções de reabilitação diferenciadas e a melhoria dos cuidados prestados.

A escolha do caso da Sr.<sup>a</sup> S.N., baseou-se no facto esta precisar de muito incentivo no desenvolvimento de autonomia nos autocuidados e autoestima perante a sua situação de saúde. Houve ganhos, que embora pequeno, foram significativos para a Sr.<sup>a</sup> S.N.. O programa de reabilitação carece de mais tempo de execução para que hajam ganhos em termos de força muscular e equilíbrio ortostático, com vista a atingir o treino de marcha.

A realização deste trabalho foi elevada importância contribuindo para a minha formação nesta área específica, podendo aprofundar conhecimentos de uma forma mais desafiante, baseada na evidência e mediante o contato com o utente.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Diário da República, 2ª série, Nº 26; Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista Nº 140 - Aprovado em Assembleia Geral de 06 de Fevereiro de 2019. Lisboa. Disponível em: [Regulamento n.º 140/2019 | DRE](#)
- Diário da República, 2ª série, Nº 85; Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação Nº 392 - Aprovado em Assembleia Geral de 03 de Maio de 2019. Lisboa. Disponível em: [1356513568.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#);
- Menoita, E. (2012). Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente. Lusociência (Loures). ISBN 978-972-8930-78-3.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Disponível em: [PadraoDocumental\\_EER.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#)
- Orem, D. (2001). Nursing: Concepts of practice (6th ed.). St.Louis, Publisher: Mosby. Disponível em: <https://archive.org/search.php?query=external-identifier%3A%22urn%3Aoclc%3Arecord%3A1036809160%22>

## 8. ANEXOS

### 8.1. ANEXO 1 - FOLHETO PARALISIA FACIAL

SE TIVER DÚVIDAS  
NÃO HESITE EM CONTACTAR-NOS

CONSELHOS ÚTEIS:


- Massage o lado da face afetado;
- Mastigue os alimentos para o lado são (para evitar que se engasgue);
- Tenha atenção à temperatura dos alimentos (para evitar que se queime);
- Se não conseguir encerrar a pálpebra completamente, deve tapar o olho durante a noite com um penso ocular. Se necessário, durante o dia pode aplicar gotas lubrificantes ou soro fisiológico;
- Sempre estiver exposto a luz, use óculos de sol (proteção);
- Se notar que o seu olho está a ficar vermelho ou com ardor, deve consultar o seu médico;
- Se tem medicação prescrita, tome-a corretamente.

A paralisia facial ocorre por lesão do nervo facial, desencadeando um enfraquecimento dos músculos da face

SINTOMAS:

- Dificuldade em fechar o olho do lado afectado;
- Desvio da comissura labial para o lado são;
- Dificuldade em movimentar a comida dentro da boca;
- Alteração do paladar;
- Diminuição da salivação.


As imagens que se seguem traduzem alguns exercícios que pode realizar para o ajudar a recuperar a força muscular. Execute-os em frente de um espelho, 10 vezes cada um, pelo menos 2 vezes por dia. Deve iniciar pela porção superior da face (como na sequência de imagens).



Elevar as sobrancelhas      Cerrar os olhos com força      Enrugar o nariz


Imagens: <http://www.paralisiafacial.com>

# PARALISIA FACIAL




<http://www.paralisiafacial.com>


## EXERCÍCIOS TERAPÊUTICOS




Unir as sobrancelhas com força




Sorrir




Mostrar os dentes



Encher as bochechas de ar



Assobiar



Deprimir o lábio inferior

Fontes:

- Menoita, Elsa Caryela (2012) - Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente;
- <http://www.paralisiafacial.com> [consultado em 18.02.2014]

## 9. APÊNDICES

### 9.1. APÊNDICE 1 – ESCALA DE BRADEN

A escala de Braden é um instrumento de avaliação utilizado para quantificar o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão, sendo a sua aplicação fundamental para o planeamento e implementação de medidas para a sua prevenção e tratamento.

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO						
Nome do doente: _____		Nome do avaliador: _____		Data da avaliação: _____		
Serviço: _____		Cama: _____		Idade: _____		
				19/05	15/06	
<b>Percepção sensorial</b> Capacidade de reacção significativa ao desconforto	<b>1. Completamente limitada:</b> Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação,  OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	<b>2. Muito limitada:</b> Reage unicamente a estímulos dolorosos, Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação,  OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	<b>3. Ligeiramente limitada:</b> Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição,  OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	<b>4. Nenhuma limitação:</b> Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.	<b>3</b>	<b>3</b>
<b>Humidade</b> Nível de exposição da pele à humidade	<b>1. Pele constantemente húmida:</b> A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	<b>2. Pele muito húmida:</b> A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	<b>3. Pele ocasionalmente húmida:</b> A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	<b>4. Pele raramente húmida:</b> A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.	<b>3</b>	<b>3</b>
<b>Actividade</b> Nível de actividade física	<b>1. Acamado:</b> O doente está confinado à cama.	<b>2. Sentado:</b> Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	<b>3. Anda ocasionalmente:</b> Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	<b>4. Anda frequentemente:</b> Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>Mobilidade</b> Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	<b>1. Completamente imobilizado:</b> Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	<b>2. Muito limitada:</b> Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	<b>3. Ligeiramente limitado:</b> Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	<b>4. Nenhuma limitação:</b> Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>Nutrição</b> Alimentação habitual	<b>1. Muito pobre:</b> Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido  OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.	<b>2. Provavelmente inadequada:</b> Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético  OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	<b>3. Adequada:</b> Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido,  OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	<b>4. Excelente:</b> Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.	<b>2</b>	<b>4</b>
<b>Fricção e forças de deslizamento</b>	<b>1. Problema:</b> Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	<b>2. Problema potencial:</b> Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	<b>3. Nenhum problema:</b> Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição.  Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.		<b>1</b>	<b>1</b>
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.				<b>Pontuação total</b>		
				<b>13</b>	<b>15</b>	

© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1989;

Versão Portuguesa 2001. Carlos Margato; Cristina Miguéis; Pedro Ferreira; João Gouveia; Kátia Furtado

Grupo Associativo de Investigação em Feridas (GAIF) e Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEIUSC)

## 9.2. APÊNDICE 2 – ESCALA DE MORSE

A escala de Morse é um instrumento de avaliação utilizado para quantificar o risco de queda, sendo a sua aplicação fundamental para o planeamento e implementação de medidas para a sua prevenção.

Item/Data	23/05	15/06
<b>1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses</b> Não = 0 Sim = 25	0	0
<b>2. Diagnóstico(s) secundário(s)</b> Não = 0 Sim = 15	15	15
<b>3. Ajuda para caminhar</b> Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas = 0 Muletas/canadianas/bengala/andarilho = 15 Apoia-se no mobiliário para andar = 30	0	0
<b>4. Terapia intravenosa</b> Não = 0 Sim = 20	0	0
<b>5. Postura no andar e na transferência</b> Normal/acamado/imóvel = 0 Debilitado = 10 Dependente de ajuda = 20	20	20
<b>6. Estado mental</b> Consciente das suas capacidades = 0 Esquece-se das suas limitações = 15	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>35</b>
LEGENDA: Sem risco de queda (0 e $\leq$ 24 pontos); Baixo risco de queda ( $\geq$ 25 e $\leq$ 50 pontos); Alto risco de queda ( $\geq$ 51 pontos).		

Fonte: [NÚMERO: \(dgs.pt\)](#)

### 9.3. APÊNDICE 3 – ESCALA DE BORG MODIFICADA

A escala de Borg é um instrumento de avaliação utilizado para quantificar, através da percepção subjetiva do esforço, a intensidade aplicada no exercício, momento ou tarefa.

		<b>23/05/23</b>	<b>15/06/23</b>
<b>0</b>	<b>Nenhum</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>0,5</b>	<b>Muito, muito leve</b>		
<b>1</b>	<b>Muito leve</b>		
<b>2</b>	<b>Leve</b>		
<b>3</b>	<b>Moderado</b>		
<b>4</b>	<b>Pouco intenso</b>		
<b>5</b>	<b>Intensa</b>		
<b>6</b>			
<b>7</b>	<b>Muito intensa</b>		
<b>8</b>			
<b>9</b>	<b>Muito, muito intensa</b>		
<b>10</b>	<b>Máxima</b>		

Fonte: [\(PDF\) Percepção de esforço e dispneia em pediatria: revisão das escalas de avaliação \(researchgate.net\)](#)

### 9.4. APÊNDICE 4 – ESCALA DE GLASGOW

A escala de Glasgow é um instrumento de avaliação utilizado para mensurar o nível de consciência da pessoa.

	<b>Classificação</b>	<b>19/05/23</b>	<b>15/06/23</b>
Abertura Ocular	4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma	4	4
Resposta Verbal	5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Inadequada 2 - Incompreensível 1 - Nenhuma	5	5
Resposta Motora	6 - Cumpre ordens 5 - Localiza a dor 4 - Retira à dor 3 - Flexão anormal 2 - Extensão 1 - Nenhuma	6	6

Fonte: [GCS-Assessment-Aid-Portuguese.pdf \(glasgowcomascale.org\)](#)

## 9.5. APÊNDICE 5 – MINI MENTAL STATE EXAMINATION

O Mini Mental State Examination é um instrumento de avaliação utilizado para avaliar globalmente as funções cognitivas.

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (Folstein, Folstein & McHugh, 1975, com adaptação de Guerreiro e colaboradores, 1994)

**I. ORIENTAÇÃO**

Vou fazer-lhe algumas perguntas. A maior parte delas são fáceis. Tente responder o melhor que for capaz." (Dar 1 ponto por cada resposta correta)

1. Em que ano estamos?	<u>1</u>
2. Em que mês estamos?	<u>1</u>
3. Em que dia do mês estamos?	<u>1</u>
4. Em que estação do ano estamos?	<u>1</u>
5. Em que dia da semana estamos?	<u>0</u>
6. Em que País estamos?	<u>1</u>
7. Em que Distrito vive?	<u>1</u>
8. Em que Terra vive?	<u>1</u>
9. Em que casa estamos?	<u>1</u>
10. Em que andar estamos?	<u>0</u>

Nota: 8

**II. RETENÇÃO**

Vou dizer-lhe três palavras. Querida que as repetisse e que procurasse decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas três palavras." As palavras são:

PERA	GATO	BOLA
------	------	------

"Repita as três palavras". (Dar 1 ponto por cada palavra correta)

PERA	<u>1</u>	GATO	<u>1</u>	BOLA	<u>1</u>
------	----------	------	----------	------	----------

Nota: 3

**III. ATENÇÃO E CÁLCULO**

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e que ao número encontrado volte a subtrair 3 até eu lhe dizer para parar."

(Dar 1 ponto por cada resposta correta. Parar ao fim de 5 respostas. Se fizer um erro de subtração, mas continuando a subtrair corretamente partir do erro, conta-se como um único erro)

(30)	(27)	(24)	(21)	(18)	(15)
	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>

Nota: 5

**IV. EVOCAÇÃO**

(Só se efetua no caso do sujeito ter aprendido as três palavras referidas na prova de retenção) "Agora veja se me consegue dizer quais foram as três palavras que lhe pedi há pouco para repetir." (Dar 1 ponto por cada resposta correta)

PERA	<u>1</u>
GATO	<u>1</u>
BOLA	<u>1</u>

Nota: 3

**V. LINGUAGEM**

(Dar 1 ponto por cada resposta correta)

a) Mostrar o relógio de pulso.  
"Como se chama isto?" Nota: 1

b) Mostrar um lápis.  
"Como se chama isto?" Nota: 1

c) Repetir a frase:  
"O rato rói a rolha" Nota: 1

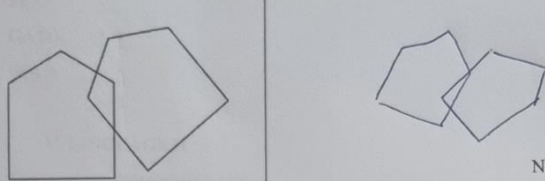
d) "Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu lhe entregar o papel, pegue nele com a sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão".  
(Dar 1 ponto por cada etapa bem executada. A pontuação máxima é de 3 pontos.)  
Pega no papel com a mão direita 1  
Dobra o papel ao meio 1  
Coloca o papel no chão 1  
Nota: 3

e) "Leia e cumpra o que diz neste cartão."  
Mostrar o cartão com a frase: "FECHE OS OLHOS". (Dar 1 ponto por cada realização correta).  
Nota: 1

f) "Escreva uma frase."  
(A frase deve ter sujeito, verbo e ter sentido para ser pontuada com 1 ponto. Erros gramaticais ou com erros de trocas de letras não contam como erros.)  
Nota: 1

Fonte:

g) "Copie o desenho que lhe vou mostrar." Mostrar o desenho num cartão.  
(os 10 ângulos devem estar presentes e 2 deles devem estar intersecados para pontuar 1 ponto. Tremor e erros de rotação não são valorizados)



Nota: 1

NOTA TOTAL: 25  
(07)

NÚMERO: (dgs.pt)

## 9.6. APÊNDICE 6 – ESCALA DE TINETTI

A escala de Tinetti é um instrumento de avaliação utilizado para avaliar a mobilidade e equilíbrio estático e dinâmico.

<b>Equilíbrio Estático</b>		<b>23/05/23</b>	<b>15/06/23</b>
<b>1</b>	<p><b>EQUILÍBRIO SENTADO</b>            0 – inclina – se ou desliza na cadeira            1 – inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira            2 – estável, seguro</p>	2	2
<b>2</b>	<p><b>LEVANTAR –SE</b>            0 – incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio            1 – capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão do tronco ou não consegue à 1ª tentativa            2 – capaz na 1ª tentativa sem usar os braços</p>	0	0
<b>3</b>	<p><b>EQUILIBRIO IMEDIATO</b> (primeiros 5 segundos)            0 – instável (cambaleante, move os pés, marcadas oscilações do tronco, tenta agarrar algo para se suportar)            1 – estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se            2 – estável sem qualquer tipo de ajudas</p>	0	0
<b>4</b>	<p><b>EQUILIBRIO EM PÉ COM OS PÉS PARALELOS</b>            0 – instável            1 – estável, mas alargando a base de sustentação (calcanhares afastados &gt; 10 cm) ou recorrendo a auxiliar de marcha para apoio            2 – pés próximos e sem ajudas</p>	0	0
<b>5</b>	<p><b>PEQUENOS DESIQUILÍBRIOS NA MESMA POSIÇÃO</b>            (sujeito de pé com os pés próximos, o observador empurra-o levemente com a palma da mão, 3 vezes ao nível do esterno)            0 – começa a cair            1 – vacilante, agarra-se, mas estabiliza            2 – estável</p>	0	0
<b>6</b>	<p><b>FECHAR OS OLHOS NA MESMA POSIÇÃO</b>            0 – instável            1 – estável</p>	0	0
<b>7</b>	<p><b>VOLTA DE 360°</b> (2 vezes)            0 – instável (agarra – se, vacila)            1 – estável, mas dá passos descontínuos            2 – estável e passos contínuos</p>	0	0
<b>8</b>	<p><b>APOIO UNIPODAL</b> (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável)</p>	0	0

	0 – não consegue ou tenta segurar-se a qualquer objecto 1 – aguenta 5 segundos de forma estável		
<b>9</b>	<b>SENTAR-SE</b> 0 – pouco seguro ou cai na cadeira ou calcula mal a distância 1 – usa os braços ou movimento não harmonioso 2 – seguro, movimento harmonioso	0	1
<b>Equilíbrio Dinâmico</b>		<b>23/05/23</b>	<b>15/06/23</b>
<b>10</b>	<b>INÍCIO DA MARCHA</b> (imediatamente após o sinal de partida) 0 – hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar 1 – sem hesitação	0	0
<b>11</b>	<b>LARGURA DO PASSO</b> (pé direito) 0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio 1 – ultrapassa o pé esquerdo em apoio	0	0
<b>12</b>	<b>ALTURA DO PASSO</b> (pé direito) 0 – o pé direito não perde completamente o contacto com o solo 1 – o pé direito eleva-se completamente do solo	0	0
<b>13</b>	<b>LARGURA DO PASSO</b> (pé esquerdo) 0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio 1 – ultrapassa o pé direito em apoio	0	0
<b>14</b>	<b>ALTURA DO PASSO</b> (pé esquerdo) 0 – o pé esquerdo não perde totalmente o contacto com o solo 1 – o pé esquerdo eleva-se totalmente do solo	0	0
<b>15</b>	<b>SIMETRIA DO PASSO</b> 0 – comprimento do passo aparentemente assimétrico 1 – comprimento do passo aparentemente simétrico	0	0
<b>16</b>	<b>CONTINUIDADE DO PASSO</b> 0 – pára ou dá passos descontínuos 1 – passos contínuos	0	0
<b>17</b>	<b>PERCURSO DE 3 METROS</b> (previamente marcado) 0 – desvia-se da linha marcada 1 – desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha 2 – sem desvios e sem ajudas	0	0
<b>18</b>	<b>ESTABILIDADE DO TRONCO</b> 0 – nítida oscilação ou utiliza auxiliar de marcha 1 – sem oscilação, mas com flexão dos joelhos ou coluna ou afasta os braços do tronco enquanto caminha 2 – sem oscilação, sem flexão, não utiliza os braços, nem auxiliares de marcha	0	0
<b>19</b>	<b>BASE DE SUSTENTAÇÃO DURANTE A MARCHA</b>	0	0

0 - calcanhares muito afastados 1 - calcanhares próximos, quase se tocam		
<b>Pontuação Total</b> (máximo 28)	2	3

Fonte: [AVALIAÇÃO DA MOBILIDADE E EQUILIBRIO ESTÁTICO E DINAMICO TESTE DE TINETTI \(wordpress.com\)](#)

## 9.7. APÊNDICE 7 – NIHSS

A escala de NISHH é um instrumento de avaliação utilizado para avaliar os défices neurológicos relacionados com o AVC.

	<b>Data</b>	<b>19/05</b>	<b>15/06</b>
<b>1a Nível de Consciência</b> 0 - Vigil 1 - Não vigil, mas facilmente despertável (estímulos menor) 2 - Não vigil, requer estimulação repetida para responder 3 - Não vigil, responde só mov. Reflexo/sem resposta		0	0
<b>1b Orientação (perguntar o mês e a idade)</b> 0 - Ambas correctamente 1 - Uma correctamente 2 - Não responde a nenhuma corretamente		0	0
<b>1c Cumpre ordens simples (abrir e fechar os olhos e as mãos)</b> 0 - Executa ambas <i>correctamente</i> 1 - Executa uma correctamente 2 - Não executa nenhuma <i>correctamente</i>		0	0
<b>2 Movimentos oculares (só movimentos horizontais)</b> 0 - Normal 1 - Parésia parcial do olhar conjugado(nãoforçado) 2 - Desvio forçado do olhar		0	0
<b>3 Campos visuais</b> 0 - Sem perda campo visual 1 - Hemianopsia parcial 2 - Hemianopsia total 3 - Hemianopsia bilateral(inclui cegueira Cortical)		1	1
<b>4 Paralesia facial</b> 0 - Movimentos simétricos normais 1 - Paralesia menor (apag sulco nasogeniano) 2 - Paralesia completa ou quase andar inferior 3 - Ausência de movimento da hemiface (superior e inferior)		2	2
<b>5 Motricidade-membros superiores</b> 0 - Normal 1 - Queda 2 - Faz algum esforço contra gravidade 3 - Não há esforço contra gravidade 4 - Não há movimento 9 - Amputação/fusão articular	a) esquerda	4	4
	b) direita	1	0

<b>6 Motricidade-membros inferiores</b> 0 - Normal 1 - Queda 2 - Faz algum esforço contra gravidade 3 - Não há esforço contra gravidade 4 - Não há movimento 9 - Amputação/fusão articular	a) esquerda	4	4
	b) direita	1	0
<b>7 Ataxia segmentar (coordenação motora)</b> 0 - Sem ataxia 1 - Ataxia de um membro 2 - Ataxia 2 membros		0	0
<b>8 Sensibilidade</b> 0 - Normal 1 - Diminuição ligeira/moderada 2 - Perda severa ou total		1	1
<b>9 Linguagem</b> 0 - Normal (sem afasia) 1 - Afasia ligeira/moderada 2 - Afasia grave 3 - Mutismo (afasia global)		0	0
<b>10 Disartria</b> 0 - Articulação verbal normal 1 - Disartria ligeira a moderada (Empastamento) 2 - Disartria severa (Incompreensível) 9 - Entubação ou outra barreira física		0	0
<b>11 Extinção e Desatenção (Neglect)</b> 0 - Sem neglect (visual, tátil, auditiva, espacial ou pessoa) 1 - Inatenção/extinção numa modalidade 2 - Em mais de 1 modalidade		0	0
<b>Total (0-42)</b>		<b>14</b>	<b>12</b>

Fonte: [NIH Stroke Scale | National Institute of Neurological Disorders and Stroke](#)

## 9.8. APÊNDICE 8 – ESCALA DE ASHWORTH MODIFICADA

A escala de Ashworth modificada é um instrumento de avaliação utilizado para avaliar a espasticidade/tónus muscular, efetuando-se mobilização passiva dos membros e avaliando a resistência.

Classificação		19/05	15/06
<b>0</b>	Tónus normal;	Cotovelo Esquerdo 1+	Ombro Esquerdo 1
<b>1</b>	Aumento do tónus no início ou no final do arco de movimento;	Ombro Esquerdo 2	Restantes segmentos corporais 0
<b>1+</b>	Aumento do tónus em menos de metade do arco de movimento, manifestado por tensão abrupta e seguido por resistência mínima;	Restantes segmentos corporais 0	
<b>2</b>	Aumento do tónus em mais de metade do arco de movimento;		

<b>3</b>	Partes em flexão ou extensão e movidos com dificuldade;		
<b>4</b>	Partes rígidas em flexão ou extensão.		

Fonte: Bohannon, R. W., & Smith, M. B. (1987). Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. *Physical Therapy*, 67 (2), 206–207. <https://doi.org/10.1093/ptj/67.2.206>

## 9.9. APÊNDICE 9 – ÍNDICE DE BARTHEL

O Índice de Barthel é um instrumento de avaliação utilizado para avaliar o estado funcional da pessoa, com o objetivo de estabelecer um plano de reabilitação individualizado.

ATIVIDADE	PONTUAÇÃO	
	23/05	15/06
<b>1. Alimentação</b>		
Independente = 10 Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos = 5 Dependente = 0	5	5
<b>2. Transferências</b>		
Independente = 15 Precisa de alguma ajuda = 10 Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se = 5 Dependente, não tem equilíbrio sentado = 0	5	10
<b>3. Higiene Pessoal</b>		
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes = 5 Dependente, necessita de alguma ajuda = 0	0	0
<b>4. Utilização do WC</b>		
Independente = 10 Precisa de alguma ajuda = 5 Dependente = 0	0	0
<b>5. Banho</b>		
Tomar banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) = 5 Dependente, necessita de alguma ajuda = 0	0	0
<b>6. Mobilidade</b>	0	0

Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) = 15 Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda = 10 Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas = 5 Imóvel = 0		
<b>7. Subir e Descer Escadas</b>		
Independente, com ou sem ajudas técnicas = 10 Precisa de ajuda = 5 Impossível = 0	0	0
<b>8. Vestir</b>		
Independente = 10 Com ajuda = 5 Impossível = 0	5	5
<b>9. Controlo Intestinal</b>		
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso do supositório ou similar = 10 Acidente ocasional = 5 Incontinente ou precisa de uso de clisteres = 0	5	10
<b>10. Controlo Urinário</b>		
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho = 10 Acidente ocasional (máximo uma vez por semana) = 5 Incontinente, ou algaliado sendo incapaz a algália sozinho = 0	5	5
<b>TOTAL</b>	25	35
<b>LEGENDA:</b> - Dependência total: 0-20; - Dependência grave: 20-35; - Dependência moderada: 40-55; - Dependência ligeira: 60-99; - Independente: 100.		

Fonte: [norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx](http://norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx) (dgs.pt)

## 9.10. APÊNDICE 10 – ESCALA DE MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

A escala de MIF é um instrumento de avaliação utilizado para avaliar o estado funcional da pessoa, com o objetivo de estabelecer um plano de reabilitação individualizado.

<b>NÍVEIS</b>	7 - Independência completa (em segurança e em tempo normal) 6 - Independência modificada (dispositivo)	Sem ajuda	
	5 - Supervisão 4 - Ajuda mínima (indivíduo $\geq 75\%$ ) 3 - Ajuda moderada (indivíduo $\geq 50\%$ ) 2 - Ajuda máxima (indivíduo $\geq 25\%$ ) 1 - Ajuda total (indivíduo $< 25\%$ )	Ajuda	
<b>Data de Avaliação</b>		23/05	15/06
<b>Autocuidados</b>	A - Alimentação	2	3
	B - Higiene Pessoal	2	3
	C - Banho	2	3
	D - Vestir metade superior	2	3
	E - Vestir metade inferior	2	2
	F - Utilização de Sanita	2	2
<b>Controlo de esfíncteres</b>	G - Bexiga	3	3
	H - Intestino	3	3
<b>Mobilidade</b> (Transferências)	I - Leito, Cadeira, Cadeira de rodas	2	3
	J - Sanita	2	2
	K - Banheira, Duche	1	1
<b>Locomoção</b>	L - Marcha/Cadeira de rodas	1	1
	M - Escadas	1	1
<b>Comunicação</b>	N - Compreensão	7	7
	O - Expressão	7	7
<b>Consciência do mundo exterior</b>	P - Interação Social	5	5
	Q - Resolução de problemas	5	5
	R - Memória	7	7
<b>TOTAL</b>		56	61

Fonte: [norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx \(dgs.pt\)](#)





EGAS MONIZ SCHOOL  
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
EGAS MONIZ

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE  
REABILITAÇÃO**

**ESTUDO DE CASO 2**

-

**Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados**

**Joana Raquel Oliveira Coelho, nº117494**

**Docente Orientador: Mestre Gonçalo Rosa**

**Enfermeira Orientadora:**

**Almada**

**2023**

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD's - Atividades de Vida Diárias

FC - Frequência cardíaca

FR - Frequência respiratória

GUSS - Gugging Swallowing Test

---

MIF - Medida de Independência Funcional

NIHSS National Institutes of Health Stroke Scale

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SpO2 - Saturação Periférica de Oxigênio

TA - Tensão Arterial

Tt<sup>o</sup> - Temperatura timpânica

UC - Unidade de Convalescença

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	4
1. HISTÓRIA DE SAÚDE .....	5
2. COLHEITA DE DADOS .....	5
2.1. DADOS PESSOAIS .....	5
2.2. HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL .....	5
2.3. ANTECEDENTES PESSOAIS .....	6
3. EXAME FÍSICO E AVALIAÇÃO FUNCIONAL .....	6
3.1. EXAME FÍSICO SUMÁRIO .....	6
3.2. AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA .....	7
3.3. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA .....	8
3.3.1. Estado Mental .....	8
3.3.2. Pares Cranianos .....	8
3.3.3. Coordenação Motora .....	9
3.3.4. Sensibilidade .....	9
3.3.5. Equilíbrio Corporal .....	10
3.3.6. National Institutes of Health Stroke Scale .....	10
3.4. AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO MUSCULAR .....	10
3.4.1. Escala da Força Muscular .....	10
3.4.2. Tônus Muscular .....	12
3.5. AVALIAÇÃO DA DOR .....	12
3.6. AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA E IMPACTO NO AUTOCUIDADO .....	12
3.6.1. Avaliação do Impacto do Autocuidado (Requisitos segundo a Teoria de Dorothea Orem)12	
4. PROGRAMA DE REABILITAÇÃO .....	17
4.1. OBJETIVOS .....	18
4.2. PROBLEMAS IDENTIFICADOS .....	18
5. PLANO DE CUIDADOS .....	20
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	46
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	47
8. APÊNDICES .....	48
8.1. APÊNDICE 1 – ESCALA DE BRADEN .....	48
8.2. APÊNDICE 2 – ESCALA DE MORSE .....	49
8.3. APÊNDICE 3 – ESCALA DE BORG MODIFICADA .....	50
8.4. APÊNDICE 4 – ESCALA DE GLASGOW .....	50
8.5. APÊNDICE 5 – MINI MENTAL STATE EXAMINATION .....	51

8.6. APÊNDICE 6 – ESCALA DE TINETTI .....	52
8.7. APÊNDICE 7 – NIHSS .....	54
8.8. APÊNDICE 8 – ESCALA DE ASHWORTH MODIFICADA .....	55
8.9. APÊNDICE 9 – ÍNDICE DE BARTHEL .....	56
8.10. APÊNDICE 10 – ESCALA DE MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL .....	58
8.11. APÊNDICE 11 – ESCALA DE GUSS .....	59

## **INTRODUÇÃO**

No âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde da Egas Moniz School of Health & Science, foi proposta a realização de um estudo de caso que refletisse as competências exigidas e ambicionadas, na área da Enfermagem de Reabilitação, decorrentes da sua experiência e que de uma forma crítico-reflexiva, promova o desenvolvimento e aquisição de competências gerais e específicas de Enfermagem de Reabilitação.

O presente estudo de caso aborda a situação do Sr. J.B., à qual tive a oportunidade de prestar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação durante este estágio.

A elaboração deste estudo de caso assenta na intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação à pessoa com incontinência, após Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Pretende-se assim que a elaboração deste estudo de caso sirva de suporte ao percurso de formação como futura enfermeira especialista.

Para garantir os princípios éticos foi obtido o consentimento livre e esclarecido do Sr. J.B, para a elaboração deste estudo de caso, com base na sua situação de saúde.

## 1. HISTÓRIA DE SAÚDE

O Sr. J.B. do sexo masculino, de 85 anos, previamente independente nos autocuidados e nas atividades de vida diárias (AVD), efetuando marcha com auxiliar de marcha (canadiana) bilateralmente, encontrava-se no seu estado habitual de saúde até ao dia 26/08/23. Nesse dia apresentou uma queda no domicílio por desequilíbrio com traumatismo ao nível da região occipital e coxa esquerda, sendo encaminhado ao [REDACTED], onde ficou internado com o diagnóstico de fratura do colo do fémur esquerdo. No dia 28/08/23, foi submetido a cirurgia por encavilhamento cefalomedular, que decorreu sem intercorrências. A 26/09/23 tem alta clínica hospitalar, sendo transferido para uma Unidade de Convalescença (UC), na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

## 2. COLHEITA DE DADOS

### 2.1. DADOS PESSOAIS

Nome: J.B.

[REDACTED]

Idade: 85 anos;

Género: Masculino;

Residência: [REDACTED]

Naturalidade: [REDACTED]

Profissão: Reformado (era Marceneiro).

### 2.2. HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL

Utente encontrava-se no seu estado habitual de saúde até ao dia 26/08/23. Nesse dia apresentou uma queda no domicílio por desequilíbrio com traumatismo ao nível da região occipital e coxa esquerda, sendo encaminhado ao [REDACTED].

Após realização de exames complementares de diagnóstico ficou internado com o diagnóstico de fratura do colo do fémur esquerdo. No dia 28/08/23, foi submetido a cirurgia por encavilhamento cefalomedular, que decorreu sem intercorrências.

Ao longo do internamento no [REDACTED], destacam-se as seguintes intercorrências (de acordo com o diário clínico):

- episódios de taquicardia, revertendo o quadro com administração de beta-bloqueantes;
- episódios de hipotensão.

No internamento no [REDACTED] iniciou programa reabilitação, efetuava marcha com apoio de terceiros e necessitava de apoio moderado-elevado nos autocuidados. A 13/09/2023, por boa evolução cicatricial da sutura da coxa esquerda foram removidos os agrafos. A 26/09/2023 foi dada alta clínica, sendo transferido para a UC, na RNCCI.

**Diagnóstico: Fratura do Colo do Fémur Esquerdo**

## 2.3. ANTECEDENTES PESSOAIS

Hábitos aditivos: Nega consumo de tabaco, álcool e estupefacientes;

Alergias: Nega alergias medicamentosas ou outras;

Antecedentes pessoais (co-morbilidades):

- Diabetes Mellitus Tipo II;
- Arritmia (sob anticoagulante oral);
- AVC isquémico (frontal à esquerda), sem data conhecida;
- Status pós fratura da anca esquerda, sem data conhecida;

Terapêutica habitual (no momento da alta do [REDACTED]):

- Apixabano 2,5mg, 1 comprimido de 12h em 12h;
- Bisoprolol 2,5mg, 1 comprimido ao jantar;
- Empagliflozina 10mg, 1 comprimido ao pequeno-almoço;
- Metformina 1000mg, 1 comprimido de 12h em 12h;
- Quetiapina 25mg, 1 comprimido ao jantar;
- Tansulosina 0,4mg, 1 comprimido ao jantar.

## 3. EXAME FÍSICO E AVALIAÇÃO FUNCIONAL

### 3.1. EXAME FÍSICO SUMÁRIO

Exame físico (26/09/23):

Aquando da sua entrada na UC, o Sr. J.B. encontra-se vígil e orientado na pessoa e desorientado no tempo e no espaço. Apresenta pele e mucosas pouco coradas e pouco

hidratadas.

Efetuada avaliação da deglutição, com recurso à escala Gugging Swallowing Test (GUSS) (APÊNDICE 11), apresentando disfagia moderada por score de 12, tendo sido prescrita a ingestão de líquidos com consistência néctar, em copo baixo ou recortado, e dieta pastosa hipoglucídica.

Apresenta hemiparesia à esquerda. Diminuição da motricidade fina bilateralmente.

Apresenta ferida traumática no dorso da mão, bilateralmente (com penso simples e gaze siliconada), e cicatriz na coxa esquerda.

#### Sinais Vitais (26/09/23):

TA - 105/57mmHg; Frequência cardíaca (FC) - 72bpm; Temperatura timpânica (Tt<sup>o</sup>) - 36°C; Frequência respiratória (FR) - 18 cpm; SpO2 - 98%, em ar ambiente; Dor - grau zero, na escala numérica da dor.

#### Risco de Úlcera por Pressão (Escala de Braden):

Score 13, equivalente a alto risco de úlcera por pressão (APÊNDICE 1);

#### Risco de Queda (Escala de Morse):

Score 55, equivalente a alto risco de queda (APÊNDICE 2).

## 3.2. AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA

Avaliação efetuada a 26/09/23:

<b>Inspeção</b>	Padrão respiratório misto, simétrico e de ritmo regular, com amplitude normal.
<b>Palpação</b>	Não se detetaram massas ou saliências, nem pontos dolorosos, em ambas as faces de ambos os hemitoráx.
<b>Percussão</b>	Apresenta som ressonante em todos os pontos do tórax.
<b>Auscultação</b>	À auscultação apresenta murmúrio vesicular mantido, sem presença de ruídos adventícios.
<b>Tosse</b>	Apresenta reflexo de tosse presente e eficaz e não apresenta secreções.
<b>Escala de Borg modificada (APÊNDICE 3)</b>	5

### 3.3. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

#### 3.3.1. Estado Mental (avaliação realizada entre 26 e 27/09/23)

Estado de Consciência (Escala de Glasgow): apresenta Score 14, na Escala de Glasgow (APÊNDICE 4);

Orientação: encontra-se orientada na pessoa e desorientado no tempo e no espaço;

Atenção: vígil, atento, por vezes desconcentra-se;

Memória (Mini Mental State Examination): apresenta memória imediata conservada e alterações na memória recente e remota (APÊNDICE 5);

Linguagem: apresenta discurso espontâneo e fluente; nomeia, repete e compreende, mas por vezes confuso;

Capacidades Práticas: mantém capacidade para efetuar gestos simbólicos (por exemplo: sinal da cruz) e icônicos transitivos (por exemplo: utilizar um pente ou um copo) e intransitivos (por exemplo: dizer adeus).

#### 3.3.2. Pares Cranianos (26/09/23)

PAR CRANIANO		AVALIAÇÃO
I	Olfativo	Sem indícios de anosmia ou hiposmia;
II	Ótico	Acuidade visual bilateral mantida por contagem de dedos;
III	Oculomotor	Pupilas simétricas, isocóricas e isorreativas;
IV	Patético	Ausência de nistagmo ou ptose palpebral;
VI	Motor ocular externo	Movimento conjugado do olhar mantido e simétrico; Nega diplopia;
V	Trigêmeo	Movimentos mastigatórios mantidos; Sensibilidade térmica, tátil e dolorosa mantida bilateralmente, nos vários ramos do nervo trigêmeo (oftálmico, maxilar e mandibular);
VII	Facial	Não apresenta alterações da simetria facial; Sem alterações ao nível do paladar, identificando os sabores doce, salgado e amargo;
VIII	Auditivo/ Estató-acústico	Apresenta ligeira hipoacusia bilateral, mas consegue fazer a identificação de sons de olhos fechados; Apresenta equilíbrio estático e dinâmico sentado; Não consegue manter a posição ortostática por desequilíbrio, precisa de se apoiar na barra da cama, pelo que não é possível realizar o teste de Romberg; Não foi efetuado o teste de Rinne e Webber, por ausência de diapasão na unidade;

IX	Glossofaríngeo	Sem alterações do paladar;
X	Vago	Tom de voz sem alterações; Reflexo de tosse presente e eficaz; Efetuada avaliação da deglutição, com recurso à escala de GUSS (APÊNDICE 11), apresentando disfagia moderada por score de 12, tendo sido prescrita a ingestão de líquidos com consistência néctar, em copo baixo ou recortado, e dieta pastosa hipoglicídica; Reflexo de vômito presente à estimulação do pilar amigdalino;
XI	Espinal	Tónus muscular cervical mantido, lateraliza a cabeça e eleva os ombros contra resistência;
XII	Grande hipoglosso	Sem alterações da mobilidade da língua; Úvula centrada; Elevação simétrica do palato mole; Não apresenta resíduos faríngeos após deglutição.

### 3.3.3. Coordenação Motora

O Sr. J.B. apresenta ataxia do membro superior esquerdo, apresentando dificuldade ao realizar a provas dedo-nariz; ao realizar a prova dedo-nariz, com o membro superior direito, e a prova calcanhar-joelho bilateralmente, consegue executá-lo sem limitações (avaliação realizada a 26/09/23).

A 04/10/23, o Sr. J.B. realiza as provas dedo-nariz e calcanhar-joelho, bilateralmente, sem limitações.

### 3.3.4. Sensibilidade (27/09/23)

		Superficial			Profunda
		Tátil	Térmica	Dolorosa	
Face	E	M	M	M	Presente. Barestesia, batiestesia palestesia e esterionognosia preservadas.
	D	M	M	M	
Membros Superiores	E	M	M	M	
	D	M	M	M	
Tronco		M	M	M	
Membros Inferiores	E	M	M	M	
	D	M	M	M	
Legenda		E – Esquerdo; D – Direito; M – Mantida; Dm – Diminuída.			

### 3.3.5. Equilíbrio Corporal

Na primeira avaliação, apresentava equilíbrio estático e dinâmico na posição sentado, mas desequilíbrio na posição ortostática, necessitando de ajuda no impulso para o levante e sem capacidade para a marcha. Na reavaliação, apresentava equilíbrio estático e dinâmico sentado e equilíbrio estático e dinâmico (este com recurso a auxiliar de marcha) em ortostatismo. Nas duas avaliações foi aplicada a Escala de Tinetti, entre os dias 26/09 e o dia 04/10, apresentando melhoria na avaliação com Score 4/28 para Score 16/28 (APÊNDICE 6).

### 3.3.6. National Institutes of Health Stroke Scale

Aplicada a National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS), entre os dias 26/09 e o dia 04/10, apresentando melhoria na avaliação de NIHSS de 7 para 3 (APÊNDICE 7).

## 3.4. AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO MUSCULAR

### 3.4.1. Escala da Força Muscular

<b>Avaliação da Força Muscular</b> de acordo com a <i>Medical Research Council Muscle Scale</i>					
<b>Segmento Corporal</b>	<b>Movimento</b>	<b>Avaliação</b>			
		26/09		04/10	
Cabeça e Pescoço	Flexão	5/5		5/5	
	Extensão	5/5		5/5	
	Flexão lateral esquerda	5/5		5/5	
	Flexão lateral direita	5/5		5/5	
	Rotação	5/5		5/5	
<b>Membro Superior</b>		<b>Esquerdo</b>		<b>Direito</b>	
		26/09	04/10	26/09	04/10
Escapulo-umeral	Flexão	3/5	4/5	5/5	5/5
	Extensão	3/5	4/5	5/5	5/5
	Adução	3/5	4/5	5/5	5/5
	Abdução	3/5	4/5	5/5	5/5
	Rotação Interna	3/5	4/5	5/5	5/5
	Rotação Externa	3/5	4/5	5/5	5/5
	Elevação	3/5	4/5	5/5	5/5
	Depressão	3/5	4/5	5/5	5/5

Cotovelo	Flexão	3/5	4/5	5/5	5/5
	Extensão	3/5	4/5	5/5	5/5
Antebraço	Pronação	3/5	4/5	5/5	5/5
	Supinação	3/5	4/5	5/5	5/5
Punho	Flexão	3/5	4/5	5/5	5/5
	Extensão	3/5	4/5	5/5	5/5
	Desvio cubital	3/5	4/5	5/5	5/5
	Desvio Radial	3/5	4/5	5/5	5/5
	Circundação	3/5	4/5	5/5	5/5
Dedos da Mão	Flexão	3/5	4/5	5/5	5/5
	Extensão	3/5	4/5	5/5	5/5
	Adução	3/5	4/5	5/5	5/5
	Abdução	3/5	4/5	5/5	5/5
	Circundação	3/5	4/5	5/5	5/5
	Oponência do 1º dedo	3/5	4/5	5/5	5/5
<b>Membro Inferior</b>		<b>Esquerdo</b>		<b>Direito</b>	
		26/09	04/10	26/09	04/10
Coxofemoral	Flexão	3/5	4/5	5/5	5/5
	Extensão	3/5	4/5	5/5	5/5
	Adução	3/5	4/5	5/5	5/5
	Abdução	3/5	4/5	5/5	5/5
	Rotação Interna	3/5	4/5	5/5	5/5
	Rotação Externa	3/5	4/5	5/5	5/5
Joelho	Flexão	3/5	4/5	5/5	5/5
	Extensão	3/5	4/5	5/5	5/5
Tibiotársica	Flexão plantar	3/5	4/5	5/5	5/5
	Flexão dorsal	3/5	4/5	5/5	5/5
	Inversão	3/5	4/5	5/5	5/5
	Eversão	3/5	4/5	5/5	5/5
Dedos do Pé	Flexão	3/5	4/5	5/5	5/5
	Extensão	3/5	4/5	5/5	5/5
	Adução	3/5	4/5	5/5	5/5
	Abdução	3/5	4/5	5/5	5/5
<b>Legenda</b>					
<b>0</b>	sem contração visível;				
<b>1</b>	contração visível sem movimento do membro;				
<b>2</b>	movimento do membro, mas não contra a gravidade;				

<b>3</b>	movimento contra a gravidade em (quase) todo o alcance;
<b>4</b>	movimento contra a gravidade e resistência;
<b>5</b>	força normal.

### 3.4.2. Tônus Muscular

Na avaliação do tônus muscular através de mobilização passiva, não se verificam-se alterações do tônus muscular, segundo a Escala de Ashworth Modificada (APÊNDICE 8).

## 3.5. AVALIAÇÃO DA DOR

O Sr. J.B. aquando da realização dos exercícios musculo-articulares negava dor (grau 0, na escala numérica da dor), durante a realização dos exercícios [Avaliação efetuada entre 26/09/2023 e 04/10/23].

## 3.6. AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA E IMPACTO NO AUTOCUIDADO

Verificou-se um grau de dependência total de acordo com o Índice de Barthel (APÊNDICE 9) e uma necessidade de ajuda máxima a total no autocuidado, no controlo de esfíncteres, na mobilidade, e na locomoção, segundo a Escala de Medida de Independência Funcional (MIF) (APÊNDICE 10).

**3.6.1. Avaliação do Impacto do Autocuidado** (Requisitos segundo a Teoria de Dorothea Orem) [Avaliação efetuada a 27/09/23]

Na Teoria do Autocuidado, Orem refere-se ao autocuidado como a *"prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar"* (Orem, 2001). Nesta teoria, Orem correlaciona três teorias:

- Na teoria do autocuidado, o autocuidado é referido com um conjunto de atividades, que são realizadas para garantir o cumprimento dos requisitos necessários à vida, para o crescimento, desenvolvimento e manutenção da integridade humana. Sendo o conceito autocuidado uma função humana que as pessoas devem realizar por si mesmos, ou ter alguém que a realize por si, de modo a garantir condições para manter a

vida, o funcionamento físico e psíquico, permitindo que a pessoa se desenvolva em condições fundamentais à vida com integridade (Orem, 2001). Esta teoria subdivide-se ainda em três sub-categorias:

> Requisitos de autocuidados universais: estes requisitos estão associados aos processos de vida e manutenção da integridade e funcionamento humano, sendo comuns a todos os seres humanos ao longo da vida. Na teoria são enumerados os seguintes requisitos: manutenção da quantidade suficiente de ar; manutenção da quantidade suficiente de água e ingestão suficiente de alimentos; provisão de cuidados associado com processos de eliminação; manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso; manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social; prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem estar do ser humano e promoção do funcionamento do ser humano dentro de grupos sociais, de acordo com o potencial humano, as limitações;

> Requisitos de desenvolvimento: nesta situação devem ser promovidos comportamentos e oportunidades educativas, que minimizem a ocorrência de efeitos adversos ao desenvolvimento, proporcionando condições e experiências para amenizar ou superar os efeitos prejudiciais ao desenvolvimento. Estas necessidades que variam nas diferentes fases da vida, como a necessidade de educação, interação social e apoio emocional;

> Requisitos de desvios de saúde: estes requisitos existem para pessoas em situação de doença ou lesão, incluindo defeitos ou incapacidades, e referem-se aos cuidados ou tomadas de decisão em relação ao problema de saúde identificado ou diagnosticado com o propósito de recuperação e de reabilitação. Na teoria são enumerados os seguintes requisitos: procurar garantir assistência médica adequada; estar consciente e atender aos efeitos e resultados das condições e estados patológicos; realiza as prescrições terapêuticas e reabilitação; estar consciente e regular os efeitos desconfortáveis resultantes das intervenções; modificar o autoconceito em aceitar o estado de saúde e necessitar de novas formas de cuidados e aprender a viver com os efeitos das condições e estados patológicos (Orem, 2001; Foster & Bennett, 2000; Queirós, *et al.*, 2014).

- Na teoria do défice do autocuidado, é definida a importância dos cuidados de enfermagem à pessoa portadora de uma necessidade, sendo total ou parcialmente incapaz de manter o autocuidado ou de conhecer os requisitos necessários para gerir os seus cuidados e os dos seus dependentes (Orem, 2001; Foster & Bennett, 2000). Nesta situação a intervenção de enfermagem surge quando as necessidades da pessoa são superiores às suas capacidades com o objetivo de minimizar os efeitos do défice. O

enfermeiro é responsável por identificar e providenciar a assistência necessária (Orem, 2001);

- Na teoria dos sistemas de enfermagem, encontra-se explanado que as lacunas no autocuidado, devem ser colmatadas pelo enfermeiro, pela pessoa e pela família/cuidador. A presença do enfermeiro, depende exclusivamente do nível de autonomia ou dependência da pessoa. São definidos três sistemas:

- > sistema totalmente compensatório (pessoa totalmente dependente);
- > sistema parcialmente compensatório (pessoa parcialmente dependente);
- > sistema de apoio e educação (pessoa independente, que necessita apenas de supervisão e ensinamentos/orientação) (Orem, 2001; Foster & Bennett, 2000; Queirós, *et al.*, 2014).

Os três sistemas podem coexistir em simultâneo, dependendo do tipo de dependência no autocuidado (Orem, 2001).

A realização de um processo de enfermagem segundo a teoria de Orem, prevê as seguintes ações:

- Diagnóstico de enfermagem: pressupõe a análise dos requisitos do autocuidado: universais, desenvolvimento e desvio de saúde, para que as intervenções de enfermagem consigam dar resposta às necessidades de autocuidado, de acordo com as dependências da pessoa em situação de fragilidade;

- Planeamento da assistência de acordo com os sistemas de enfermagem: de acordo com as necessidades da pessoa e com as suas capacidades, reflete o planeamento de ações em simultâneo para os sistemas total e parcialmente compensatório e do sistema de apoio-educação;

- Planeamento e controlo das ações: aplicação das intervenções delineadas onde os sistemas de enfermagem são reproduzidos, de forma consciente e deliberada para dar resposta às necessidades terapêuticas de autocuidado da pessoa (Orem, 2001; Foster & Bennett, 2000; Queirós, *et al.*, 2014).

O estímulo para o autocuidado deve ser realizado consoante as limitações de cada pessoa, estimulando o restabelecimento da sua autonomia e da capacidade de cuidar de si próprio (Silva *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2021). Durante todo este processo é necessário desenvolver uma forte relação de confiança entre a pessoa/família e o EEER, de forma a permitir à pessoa e seus familiares ou pessoas significativas, o controlo sobre a sua situação de saúde, através da participação nas tomadas de decisão e participando ativamente em todo o processo de reabilitação (Orem, 2001; Foster & Bennett, 2000; Queirós, *et al.*, 2014).

Esta teoria enfatiza a importância de capacitar as pessoas a participar ativamente no seu autocuidado e reabilitação, e a tomar decisões informadas sobre sua saúde. Ao promover o autocuidado, Orem acreditava que as pessoas poderiam alcançar, e manter, ótimos resultados de saúde. A aplicação da Teoria do Autocuidado, na intervenção do EEER na pessoa com incontinência após AVC, centra-se na capacitação da pessoa de modo a participar ativamente no seu autocuidado, ou família dependendo do grau de dependência. Permitindo também envolver a educação à pessoa/família, o desenvolvimento de capacidades, o apoio contínuo e o atendimento aos requisitos universais de autocuidado e de desvio de saúde, para promover a independência da pessoa e melhorar sua qualidade de vida (Orem, 2001; Foster & Bennett, 2000; Queirós, *et al.*, 2014).

Com base nisso foi elaborado um processo de enfermagem, segundo a teoria de Orem supramencionada (dividido pelos pontos 3.6. e 4. do estudo de caso). Na tabela seguinte encontra-se descrita:

- a análise dos requisitos universais, de desenvolvimento e desvio de saúde;
- o planejamento da assistência assente nos sistemas de enfermagem, de acordo com as necessidades da pessoa e com as suas capacidades.

<b>Requisitos Universais</b>	<b>Padrão de Autocuidado</b>	<b>Sistema de Enfermagem</b>
Manutenção da quantidade suficiente de ar	Eupneico, com SpO2 de 97-98%, em ar ambiente. Padrão respiratório misto, simétrico e de ritmo regular, com amplitude normal. À auscultação apresenta murmúrio vesicular mantido, sem presença de ruídos adventícios. Não apresenta secreções. Tolerância ao esforço, perante os exercícios músculo-articulares.	Sistema Parcialmente Compensatório
Manutenção da quantidade suficiente de água e ingestão suficiente de alimentos	Apresenta disfagia moderada por score de 12, na escala de GUSS, tendo sido prescrita a ingestão de líquidos com consistência néctar, em copo baixo ou recortado, e dieta pastosa hipoglicídica; Ingestão hídrica adequada, de pelo menos 1 Litro de água por dia, com necessidade de adicionar espessante para consistência néctar, que tolera; Dieta pastosa hipoglicídica, fornecida pela UC, adequada aos gostos e do Sr. J.B., que tolera;	Sistema Parcialmente Compensatório

	Necessita que lhe preparem a refeição no tabuleiro, para que possa comer por mão própria.	
Provisão de cuidados associados com processos de eliminação	O Sr. J.B. refere incontinência urinária e intestinal, mas não sabe precisar desde quando; atualmente urina e evacua na fralda.	Sistema Parcialmente Compensatório e Sistema de Apoio-Educativo
Manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso	Dorme cerca de 7 a 8 horas por noite, sem insônia, cumprindo terapêutica (quetiapina) ao jantar; Realiza levante diário, para cadeira de rodas, com ajuda de duas pessoas, necessitando de ajuda no impulso para o levante; Apresenta equilíbrio estático e dinâmico na posição sentado, mas desequilíbrio na posição ortostática por hemiparesia esquerda, sem capacidade para a marcha; Diminuição da motricidade fina bilateralmente; Dependência total nos autocuidados.	Sistema Parcialmente e Totalmente Compensatório
Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social	Vê televisão ao longo do dia; Interage com família, durante as visitas, e com alguns utentes na UC; Recebe diariamente visitas dos filhos e netos, com agrado.	Sistema Parcialmente Compensatório
Prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano	Cumprir as indicações de ingestão de líquidos com consistência néctar, para diminuir o risco de aspiração; Apresenta equilíbrio estático e dinâmico na posição sentado, mas desequilíbrio na posição ortostática; Reconhece as suas limitações motoras, referindo frequentemente o momento da queda; No leito colabora, na alternância de decúbitos, recorrendo ao apoio do triangulo de apoio e grades da cama.	Sistema Parcialmente e Totalmente Compensatório
Promoção do funcionamento do ser humano dentro de grupos sociais, de acordo com o potencial humano, as limitações	Reconhece as suas limitações motoras; Comunicativo e faz algumas piadas no decorrer da prestação de cuidados e sessões de reabilitação.	Sistema Parcialmente Compensatório
<b>Desvios de Saúde</b>	<b>Padrão de Autocuidado</b>	<b>Sistema de Enfermagem</b>
Procurar garantir assistência médica adequada	Demonstra capacidade para identificar as necessidades de	Sistema Parcialmente

	assistência médica, no entanto não consegue recorrer aos meios para tal de forma autônoma.	Compensatório
Estar consciente e atender aos efeitos e resultados das condições e estados patológicos	Compreende e associa os efeitos como inerentes ao seu estado patológico.	Sistema de Apoio-Educativo
Realiza as prescrições terapêuticas e reabilitação	Realiza o programa de reabilitação delineado, com acompanhamento de EEER ou aluna de mestrado de enfermagem de reabilitação, ou fisioterapeuta.	Sistema Parcialmente e Totalmente Compensatório
Estar consciente e regular os efeitos desconfortáveis resultantes das intervenções	Tolera esforço e nega dor, perante os exercícios músculo-articulares.	Sistema Parcialmente Compensatório e Sistema de Apoio-Educativo
Modificar o autoconceito em aceitar o estado de saúde e necessitar de novas formas de cuidados	Reconhece as suas necessidades de cuidados e reabilitação, mas precisa de incentivo constante.	Sistema Parcialmente Compensatório e Sistema de Apoio-Educativo
Aprender a viver com os efeitos das condições e estados patológicos	Considera que mudança de independente para a dependência grave desde o episódio de queda, e consequente fratura, é passageiro e que vai voltar a andar de canadianas como anteriormente; Colaborante nos autocuidados e sessões de reabilitação.	Sistema Parcialmente Compensatório e Sistema de Apoio-Educativo
<b>Desenvolvimento</b>	<b>Padrão de Autocuidado</b>	<b>Sistema de Enfermagem</b>
Envelhecimento	Reconhece que o repouso agrava o declínio funcional.	Sistema Parcialmente Compensatório e Sistema de Apoio-Educativo

## 4. PROGRAMA DE REABILITAÇÃO

Após a análise dos requisitos universais, de desenvolvimento e desvio de saúde e o planeamento da assistência assente nos sistemas de enfermagem, no ponto anterior, foi elaborado um programa de reabilitação, onde foram primeiramente delineados objetivos e, posteriormente identificados os problemas, os requisitos as trabalhar, dando origem aos diagnósticos de enfermagem (segundo CIPE 2015).

## 4.1. OBJETIVOS

Com base na avaliação previamente efetuada ao Sr. J.B., foi possível delinear os seguintes objetivos para um Programa de Reabilitação:

**Objetivo do Sr. J.B.:** Deambular com o auxiliar de marcha bilateral (canadiana), como realizava previamente;

### **Objetivos do Programa de Reabilitação:**

- Treinar o equilíbrio estático e dinâmico em ortostatismo;
- Estimular movimentos musculó-articulares no hemicorpo mais afetado;
- Treinar os autocuidados, promovendo a independência e funcionalidade;
- Promover o levante diário, com auxiliar de marcha (inicialmente andarilho, progredindo conforme evolução);
- Impedir e corrigir posições viciosas e antiálgicas defeituosas;
- Promover o autocontrole da continência urinária e intestinal.

## 4.2. PROBLEMAS IDENTIFICADOS

<b>Problemas</b>	<b>Requisitos segundo Dorothea Orem</b>	<b>Diagnóstico</b> (segundo CIPE 2015)
Alteração no equilíbrio estático e dinâmico em ortostatismo	<p><u>Requisito Universal:</u> Prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano</p> <p><u>Requisito Universal:</u> Manutenção de equilíbrio entre atividade e repouso</p>	<b>Equilíbrio Corporal Comprometido</b>
Alteração na motricidade fina		<b>Pôr-se de pé comprometido em grau moderado</b>
Alteração da força muscular, levante e transferência		<b>Movimento Muscular Diminuído</b> - hemicorpo esquerdo em grau moderado (força muscular grau 3)
Incapacidade para a marcha, por desequilíbrio em ortostatismo		<b>Transferir-se Comprometido</b>
Risco de rigidez articular		<b>Andar com auxiliar de marcha</b>
	<u>Requisito Universal:</u> Prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e	<b>Risco de Rigidez Articular</b>

	<p>ao bem-estar do ser humano</p> <p><u>Desvios de Saúde:</u> Realiza as prescrições terapêuticas e reabilitação</p>	
Dependência grave no autocuidado	<p><u>Desvios de Saúde:</u> Modificar autoconceito em aceitar estado de saúde e necessitar de novas e formas de cuidados</p> <p><u>Desvios de Saúde:</u> Aprender a viver com efeitos das condições e estados patológicos</p>	<b>Autocuidado: higiene comprometido em grau elevado</b>
		<b>Autocuidado: ir ao sanitário comprometido em grau elevado</b>
		<b>Autocuidado: vestuário comprometido em grau elevado</b>
		<b>Autocuidado: comer comprometido em grau elevado</b>
		<b>Autocuidado: beber comprometido em grau elevado</b>
Autocontrolo: continência urinária e intestinal	<p><u>Requisito Universal:</u> Provisão de cuidados associados com processos de eliminação</p>	<b>Autocontrolo: continência urinária e intestinal comprometido</b>
Posicionar-se mantendo o alinhamento corporal	<p><u>Requisito Universal:</u> Prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano</p> <p><u>Desvios de Saúde:</u> Aprender a viver com efeitos das condições e estados patológicos</p>	<b>Posicionar-se comprometido em grau reduzido</b>
Alteração na deglutição	<p><u>Requisito Universal:</u> Manutenção da quantidade suficiente de água e ingestão suficiente de alimentos</p> <p><u>Requisito Universal:</u> Prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano</p>	<b>Deglutição comprometida</b>

## 5. PLANO DE CUIDADOS

<b>Diagnóstico</b> (entre 26/09 e 04/10)	<b>Objetivos</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	<b>Avaliação</b>
<p><b>Movimento Muscular Diminuído</b></p> <p>hemicorpo esquerdo em moderado (força muscular grau 3)</p> <p>Sistema Parcialmente e Totalmente Compensatório</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular a força e tónus muscular;</li> <li>- Estimular a motricidade fina;</li> <li>- Prevenir o declínio funcional;</li> <li>- Melhorar o conhecimento da pessoa sobre técnicas de exercícios músculo-articulares;</li> <li>- Melhorar a capacidade da pessoa para executar técnicas de exercícios músculo-articulares;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorizar a força muscular, através da Medical Research Council Muscle Scale;</li> <li>- Solicitar a participação e envolvimento da pessoa no planeamento da reabilitação, motivando-a a colaborar;</li> <li>- Promover o relaxamento antes da realização dos exercícios, através da posição de relaxamento e técnica de massagem;</li> <li>- Avaliar o conhecimento da pessoa sobre técnicas de exercícios músculo-articulares;</li> <li>- Avaliar a capacidade da pessoa para executar técnicas de exercício músculo-articular;</li> <li>- Ensinar, instruir e treinar técnicas de exercícios músculo-articulares à pessoa:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Membros Superiores (ombro, cotovelo, punho e dedos): movimentos flexão-extensão e adução/abdução, circundação, pronação e supinação, flexão-extensão dos dedos com adução e abdução dos mesmos, e oposição do polegar;</li> <li>&gt; Membros Inferiores: movimentos flexão-extensão, adução-abdução e rotação interna-externa da coxa/femoral, flexão-extensão do joelho e dorsiflexão plantar;</li> </ul> </li> <li>- Ensinar, instruir e treinar técnica de exercícios dos membros superiores, com exercícios de cadeia cinética aberta, com bastão;</li> <li>- Treinar técnicas de exercício músculo-articular (validar ensinamentos);</li> </ul>	<p><b>26/09/23</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresenta força muscular mantida no hemicorpo direito grau 5, em todos os segmentos, e no hemicorpo esquerdo grau 3, em todos os segmentos (avaliação efetuada de acordo com a Medical Research Council Muscle Scale).</li> <li>- Propriocepção mantida.</li> <li>- Colocado em posição de relaxamento (posição dorsal, com almofada na região poplíteica) e realizada técnica de massagem antes da realização dos exercícios.</li> <li>- Colaborante, dentro das suas possibilidades, na realização dos exercícios músculo-articulares ativos resistidos (no hemicorpo direito, com peso de 0,5Kg) e ativos assistidos (no hemicorpo esquerdo), tolerando a execução de 2 séries de 10 repetições;</li> <li>- Efetuado também treino dos membros superiores, com exercícios de cadeia cinética aberta com bastão, referindo que apesar de sentir alguma dificuldade na elevação do</li> </ul>

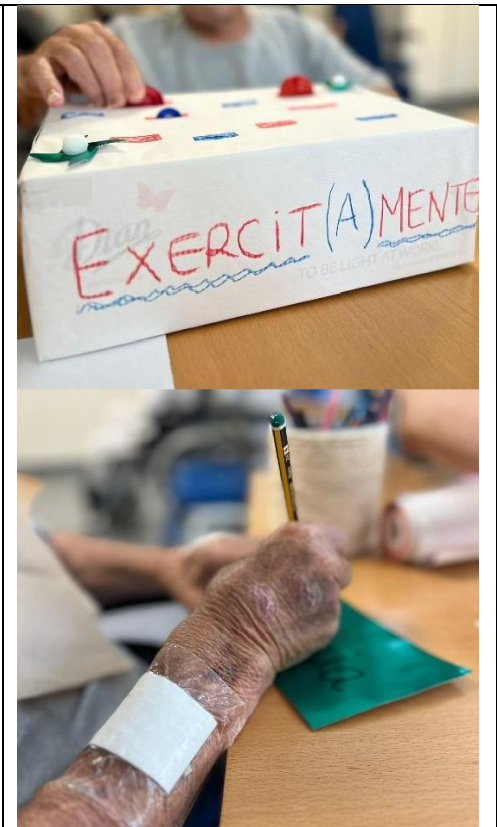
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Executar técnica de exercício músculo-articular ativo resistido (no hemicorpo direito, com peso de 0,5Kg) e ativo assistido (no hemicorpo esquerdo):</li> <li>&gt; Membros Superiores (ombro, cotovelo, punho e dedos): movimentos flexão-extensão e adução/abdução, circundação, pronação e supinação, flexão-extensão dos dedos com adução e abdução dos mesmos, e oponência do polegar;</li> <li>&gt; Membros Inferiores: movimentos flexão-extensão, adução-abdução e rotação interna-externa da coxo/femoral, flexão-extensão do joelho e dorsiflexão plantar;</li> <li>- Aumentar progressivamente a resistência nos exercícios, do hemicorpo direito, recorrendo à utilização de recursos como: pesos de outra dimensão e bandas elásticas;</li> <li>- Incentivar a realização de exercícios músculo-articulares ativos (automobilizações);</li> <li>- Ensinar, instruir e treinar técnica de exercícios propriocetivos (utilizar semi-bolas propriocetivas, quadrículas no chão, percurso marcha com auxiliar de marcha descalço, alternar entre apoio bi-podal e uni-podal com apoio nas grades da cama ou auxiliar de marcha, percurso de obstáculos no chão);</li> <li>- Ensinar, instruir e treinar técnica de exercícios isométricos dos membros superiores e inferiores (agachamento no banco, flexão plantar com elevação do calcanhar, extensão/flexão dos cotovelos com peso (0,5Kg));</li> <li>- Incentivar a repetição dos exercícios entre sessões de reabilitação;</li> </ul>	<p>membro superior esquerdo, é compensado pelo bastão e membro contralateral, tolerando a execução de 1 séries de 5 repetições.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizados exercícios de motricidade fina (abotoar botões, fechar fechos, empilhar e/ou transferir objetos, pegar e segurar objetos com as mãos, alimentar-se sozinho e cuidar da higiene pessoal), com alguma dificuldade no membro superior esquerdo por apresentar ataxia do mesmo;</li> <li>- Efetuado treino de atividades terapêuticas, com alguma dificuldade por parte do Sr. J.B., necessitando de apoio na execução das mesmas, tolerando a execução de 2 séries de 5 repetições.</li> <li>- Realizados exercícios propriocetivos com recurso às barras bilaterais, no ginásio, por apresentar desequilíbrio em ortostatismo (utilizadas semi-bolas propriocetivas nos pés, alternado entre apoio bi-podal e uni-podal; não foram realizados exercícios que requerem marchar por desequilíbrio);</li> <li>- Realizados exercícios isométricos dos membros superiores e inferiores (agachamento no banco, flexão plantar com elevação do</li> </ul>
--	--	---	---

		<ul style="list-style-type: none"><li>- Efetuar treino de atividades terapêuticas (rolar, ponte, sentar, elevação do tronco com os cotovelos);</li><li>- Ensinar, instruir e treinar técnicas de exercícios de motricidade fina à pessoa (cortar papel com tesoura, abotoar botões, fechar fechos, empilhar e/ou transferir objetos, pegar e segurar objetos com as mãos, alimentar-se sozinho, cuidar da higiene pessoal, escrever/pintar com lápis ou caneta, inserir objetos em ranhuras);</li><li>- Avaliar a dor da pessoa, aquando da realização das intervenções (escala numérica da dor);</li><li>- Avaliar o cansaço e ajustar os exercícios ao esforço da pessoa, promovendo intervalos entre os mesmos (escala de Borg modificada);</li></ul>	<p>calcanhar apoiado nas grades da cama e extensão/flexão dos cotovelos com peso (0,5Kg)), refere algum cansaço, tolerando a execução de 1 séries de 5 repetições com duração de 5 segundos.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Nega dor, durante toda a sessão.</li><li>- Aplicada a escala de Borg modificada, para avaliação do esforço aquando da realização dos exercícios, sendo avaliado pela Sr. J.B. como 5 (utilizada escala de Borg com cores, para facilitar a compreensão).</li></ul> <p><b>04/10/23</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Melhoria da força muscular no hemisfério esquerdo, apresentando grau 4, em todos os segmentos; e no hemisfério direito mantém força muscular grau em todos os segmentos (avaliação efetuada de acordo com a Medical Research Council Muscle Scale);</li><li>- Propriocepção mantida;</li><li>- Colocado em posição de relaxamento (posição dorsal, com almofada na região poplíteica) e realizada técnica de massagem antes da realização dos exercícios;</li><li>- Colaborante, dentro das suas</li></ul>
--	--	--	---

			<p>possibilidades, na realização dos exercícios músculo-articulares ativos resistidos (no hemicorpo direito, com peso de 0,5Kg) e ativos assistidos (no hemicorpo esquerdo), tolerando a execução de 3 séries de 15 repetições;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Efetuado treino dos membros superiores, com exercícios de cadeia cinética aberta, com bastão, sem aparente dificuldade, tolerando a execução de 2 séries de 10 repetições;</li><li>- Efetuado treino de atividades terapêuticas, sem necessidade de apoio na realização das mesmas, a execução de 2 séries de 10 repetições;</li><li>- Realizados exercícios proprioceptivos com recurso às barras bilaterais, no ginásio, por apresentar desequilíbrio em ortostatismo (utilizadas semi-bolas proprioceptivas nos pés, alternado entre apoio bi-podal e uni-podal, percurso marcha com auxiliar de marcha descalço, percurso de obstáculos no chão e quadrículas no chão onde tinha de andar e colocar os pés na mesma quadrícula, estes dois últimos com recurso às barras bilaterais no ginásio);</li><li>- Realizados exercícios isométricos dos membros superiores e inferiores</li></ul>
--	--	--	--

			<p>(agachamento no banco, flexão plantar com elevação do calcanhar apoiado nas grades da cama e extensão/flexão dos cotovelos com peso (0,5Kg)), refere algum cansaço, tolerando a execução de 2 séries de 5 repetições com duração de 10 segundos;</p> <p>- Realizados exercícios de motricidade fina (abotoar botões, fechar fechos, empilhar e/ou transferir objetos, pegar e segurar objetos com as mãos, alimentar-se sozinho, cuidar da higiene pessoal, cortar papel com tesoura, escrever/pintar com lápis ou caneta e inserir objetos em ranhuras; os 3 últimos exercícios culminaram na execução de um objeto de treino para o Sr. J.B. – denominado de “exercit(a)mente”);</p>
--	--	--	---

--	--	--



- Participou nas atividades do Dia do Idoso, promovido pela unidade, e dinamizado pelas fisioterapeutas, EEER e estudantes do mestrado em enfermagem de reabilitação;

			 <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nega dor, durante toda a sessão.</li> <li>- Aplicada a escala de Borg modificada, para avaliação do esforço aquando da realização dos exercícios, sendo avaliado pela Sr. J.B. como 3 (utilizada escala de Borg com cores, para facilitar a compreensão).</li> </ul>
<p><b>Equilíbrio Corporal Comprometido</b></p> <p>Sistema Parcialmente e Totalmente Compensatório</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular a força e tónus muscular;</li> <li>- Prevenir o declínio funcional;</li> <li>- Prevenir a aquisição de posições viciosas;</li> <li>- Promover o treino de equilíbrio estático e dinâmico, na posição</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorizar o equilíbrio corporal na posição de sentado, através da escala de Tinetti;</li> <li>- Solicitar a participação e envolvimento da pessoa no planeamento da reabilitação, motivando-a a colaborar;</li> <li>- Estimular a manter o equilíbrio corporal sentado e em ortostatismo com suporte no mobiliário/auxiliar de marcha, progredindo gradualmente até não necessitar de apoio;</li> </ul>	<p><b>26/09/23</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicada escala de Tinetti, com score 4/28 (APÊNDICE 6);</li> <li>- Apresenta equilíbrio estático e dinâmico na posição sentado, mas desequilíbrio na posição ortostática, necessitando de ajuda no impulso para o levante e sem capacidade para a marcha;</li> </ul>

	<p>sentada e ortostática;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar o conhecimento da pessoa para utilizar técnicas de equilíbrio corporal;</li> <li>- Melhorar a capacidade da pessoa para utilizar técnicas de equilíbrio corporal;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensinar, instruir e treinar correção postural (sentado na cadeira e quando na cama, corrigir alinhamento corporal apoiando-se nas grades da cama);</li> <li>- Ensinar, instruir e treinar técnica de exercícios de equilíbrio: <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; <u>deitado</u>: antroversão – retroversão da bacia, rotação superior do tronco, elevação pélvica com alinhamento lombar e pélvico, elevação pélvica com movimento lateral, elevação pélvica unilateral;</li> <li>&gt; <u>sentado</u>: flexão e extensão do tronco, rotação do tronco, inclinação do tronco, flexão/extensão e abdução/adução dos membros superiores, rotação da parte superior do tronco, inclinação lateral do tronco, controlo do tronco em posição estática, alcance de objetos em várias direções e distâncias, correção postural em frente ao espelho;</li> <li>&gt; <u>em ortostatismo</u>: levante para posição ortostática, sentar na cadeira de forma controlada, controlo do tronco em posição estática com apoio da grade da cama ou auxiliar de marcha, flexão plantar com elevação do calcanhar, dorsiflexão com elevação da ponta do pé, abdução/adução da coxofemoral, flexão dos joelhos, alinhamento dos pés em linha reta com apoio das grades da cama ou auxiliar de marcha;</li> </ul> </li> <li>- Ensinar, instruir e treinar técnica de exercícios proprioceptivos (utilizar semi-bolas proprioceptivas, quadrículas no chão, percurso marcha com auxiliar de marcha descalço, alternar entre apoio bi-podal e uni-podal com apoio nas grades da cama ou auxiliar de marcha, percurso de obstáculos no chão);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Efetuados ensinamentos e realizados exercícios de equilíbrio deitado, sentado, e em ortostatismo com apoio bilateral, tolerando a execução de 2 séries de 10 repetições;</li> <li>- Realizados exercícios proprioceptivos com recurso às barras bilaterais, no ginásio, por apresentar desequilíbrio em ortostatismo (utilizadas semi-bolas proprioceptivas nos pés, alternado entre apoio bi-podal e uni-podal; não foram realizados exercícios que requerem marchar por desequilíbrio);</li> <li>- Aquando da realização do treino nega dor (grau 0, na escala numérica da dor);</li> <li>- Aplicada a escala de Borg modificada, para avaliação do esforço aquando da realização dos exercícios, sendo avaliado pela Sr. J.B. como 5 (utilizada escala de Borg com cores, para facilitar a compreensão).</li> </ul> <p><b>04/10/23</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicada escala de Tinetti, com score 16/28, apresentando melhoria do equilíbrio (APÊNDICE 6);</li> <li>- Apresenta equilíbrio estático e dinâmico sentado e equilíbrio estático e dinâmico (este com</li> </ul>
--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"><li>- Incentivar à repetição de exercícios entre sessões de reabilitação;</li><li>- Avaliar a dor da pessoa, aquando da realização das intervenções (escala numérica da dor);</li><li>- Avaliar o cansaço e ajustar os exercícios ao esforço da pessoa, promovendo intervalos entre os mesmos (escala de Borg modificada);</li></ul>	<p>recurso a auxiliar de marcha) em ortostatismo;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Efetuado treino de exercícios de equilíbrio deitado, sentado e em ortostatismo, com tolerância e motivação por perceber que consegue equilibrar mesmo com apoio do andarilho, tolerando a execução de 3 séries de 15 repetições;</li><li>- Realizados exercícios propriocetivos com recurso às barras bilaterais, no ginásio, por apresentar desequilíbrio em ortostatismo (utilizadas semi-bolas propriocetivas nos pés, alternado entre apoio bi-podal e uni-podal, percurso marcha com auxiliar de marcha descalço, percurso de obstáculos no chão e quadrículas no chão onde tinha de andar e colocar os pés na mesma quadrícula, estes dois últimos com recurso às barras bilaterais no ginásio), com tolerância e motivação por perceber que consegue equilibrar mesmo com apoio do andarilho ou barras no ginásio;</li><li>- Aquando da realização do treino nega dor (grau 0, na escala numérica da dor).</li><li>- Aplicada a escala de Borg modificada, para avaliação do esforço aquando da realização dos exercícios, sendo avaliado pela Sr.</li></ul>
--	--	--	---

			J.B. como 3 (utilizada escala de Borg com cores, para facilitar a compreensão).
<p style="text-align: center;"><b>Transferir-se Comprometido em grau moderado</b></p> <p style="text-align: center;">Sistema Parcialmente e Totalmente Compensatório</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevenir o declínio funcional;</li> <li>- Melhorar o conhecimento da pessoa sobre a técnica de adaptação a transferir-se;</li> <li>- Melhorar a capacidade da pessoa para utilizar a técnica de adaptação a transferir-se;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Solicitar a participação e envolvimento da pessoa no planejamento da reabilitação, motivando-a a colaborar;</li> <li>- Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se;</li> <li>- Ensinar sobre técnica de adaptação para transferir-se: <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Sentar na cama com pés apoiados, ficar na posição ortostática (inicialmente com apoio de uma pessoa), corrigir a postura corporal, posteriormente iniciar a deslocação para a cadeira de rodas, apoiando a mão no braço da cadeira de rodas mais afastado da cama;</li> </ul> </li> <li>- Avaliar capacidade da pessoa para utilizar a técnica de adaptação para transferir-se;</li> <li>- Instruir e treinar a técnica de adaptação para transferir-se;</li> <li>- Promover o levante/transferência;</li> <li>- Executar a transferência para cadeira de rodas;</li> </ul>	<p><b>26/09/23</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O Sr. J.B. compreende a técnica de transferência. A transferência para cadeira de rodas foi efetuada com apoio bilateral, por desequilíbrio em ortostatismo. Foram reforçados os ensinamentos sobre a técnica de transferência, com a indicação da sequência dos passos de forma calma e assertiva.</li> </ul> <p><b>04/10/23</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O Sr. J.B. conseguiu realizar a técnica de transferência, com maior confiança e segurança. Para efetuar a mudança da posição sentado para a posição ortostática o Sr. J.B. utiliza o auxiliar de marcha (andarilho) como apoio, e realiza o restante movimento até à cadeira de rodas com o mesmo, de forma autônoma, sob supervisão.</li> <li>- Ao longo das sessões o Sr. J.B. foi ganhando maior segurança, confiança em si e no trabalho de reabilitação desenvolvido, por perceber que estava a ter resultados e a recuperar a sua autonomia.</li> </ul>

<p style="text-align: center;"><b>Risco de Rigidez Articular</b></p> <p style="text-align: center;">Sistema Parcialmente e Totalmente Compensatório</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevenir o declínio funcional;</li> <li>- Prevenir a aquisição de posições viciosas;</li> <li>- Melhorar o conhecimento da pessoa sobre a prevenção da rigidez articular;</li> <li>- Melhorar a capacidade da pessoa para prevenir a rigidez;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover o relaxamento antes da realização dos exercícios, através da posição de relaxamento e técnica de massagem;</li> <li>- Avaliar o conhecimento da pessoa sobre técnicas de exercícios músculo-articulares;</li> <li>- Avaliar a capacidade da pessoa para executar técnicas de exercício músculo-articular;</li> <li>- Avaliar conhecimento sobre as condições de risco de rigidez articular;</li> <li>- Ensinar sobre condições de risco de rigidez articular (inatividade física e posicionamentos incorretos);</li> <li>- Ensinar sobre a prevenção de rigidez articular (mobilização articular e posicionamentos);</li> <li>- Avaliar capacidade da pessoa para prevenir a rigidez articular;</li> <li>- Ensinar, instruir e treinar técnicas de exercícios músculo-articulares à pessoa: <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Membros Superiores (ombro, cotovelo, punho e dedos): movimentos flexão-extensão e adução/abdução, circundação, pronação e supinação, flexão-extensão dos dedos com adução e abdução dos mesmos, e oposição do polegar;</li> <li>&gt; Membros Inferiores: movimentos flexão-extensão, adução-abdução e rotação interna-externa da coxa/femoral, flexão-extensão do joelho e dorsiflexão plantar;</li> </ul> </li> <li>- Treinar técnicas de exercício músculo-articular (validar ensinamentos);</li> <li>- Executar técnica de exercício músculo-articular ativo resistido (no hemitórax direito, com peso de 0,5Kg) e ativo assistido (no hemitórax esquerdo):</li> </ul>	<p><b>26/09/23</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O Sr. J.B. não apresenta rigidez articular e reconhece a importância das mobilizações, contudo não as repete ao longo do dia entre sessões;</li> <li>- Colaborante, dentro das suas possibilidades, na realização dos exercícios músculo-articulares ativos resistidos (no hemitórax direito, com peso de 0,5Kg) e ativos assistidos (no hemitórax esquerdo), tolerando a execução de 2 séries de 10 repetições;</li> <li>- Nega dor, durante toda a sessão.</li> <li>- Aplicada a escala de Borg modificada, para avaliação do esforço quando da realização dos exercícios, sendo avaliado pela Sr. J.B. como 5 (utilizada escala de Borg com cores, para facilitar a compreensão).</li> </ul> <p><b>04/10/23</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O Sr. J.B. não apresenta rigidez articular e reconhece a importância das mobilizações, contudo não as repete ao longo do dia entre sessões;</li> <li>- Colaborante dentro das suas possibilidades, na realização dos exercícios músculo-articulares ativos resistidos (no hemitórax</li> </ul>
---	---	---	--

		<p>&gt; Membros Superiores (ombro, cotovelo, punho e dedos): movimentos flexão-extensão e adução/abdução, circundação, pronação e supinação, flexão-extensão dos dedos com adução e abdução dos mesmos, e oponência do polegar;</p> <p>&gt; Membros Inferiores: movimentos flexão-extensão, adução-abdução e rotação interna-externa da coxo/femoral, flexão-extensão do joelho e dorsiflexão plantar;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentar progressivamente a resistência nos exercícios, do hemicorpo direito, recorrendo à utilização de recursos como: pesos de outra dimensão e bandas elásticas;</li> <li>- Incentivar a repetição dos exercícios entre sessões de reabilitação;</li> <li>- Avaliar a dor da pessoa, aquando da realização das intervenções (escala numérica da dor);</li> <li>- Avaliar o cansaço e ajustar os exercícios ao esforço da pessoa, promovendo intervalos entre os mesmos (escala de Borg modificada).</li> </ul>	<p>direito, com peso de 0,5Kg) e ativos assistidos (no hemicorpo esquerdo), tolerando a execução de 3 séries de 15 repetições;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nega dor, durante toda a sessão.</li> <li>- Aplicada a escala de Borg modificada, para avaliação do esforço aquando da realização dos exercícios, sendo avaliado pela Sr. J.B. como 3 (utilizada escala de Borg com cores, para facilitar a compreensão).</li> </ul>
<p><b>Autocuidado: higiene, ir ao sanitário, vestuário, comer e beber: comprometidos em grau moderado/elevado</b></p> <p>Sistema Parcialmente e</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular a independência funcional para o autocuidado, a autonomia e autoestima da pessoa;</li> <li>- Melhorar o conhecimento da pessoa sobre o autocuidado: higiene;</li> <li>- Melhorar a capacidade da pessoa no autocuidado: higiene;</li> <li>- Melhorar o conhecimento da pessoa sobre o</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o grau de dependências da pessoa nos autocuidados, através da escala de Barthel e MIF;</li> <li>- Solicitar a participação e envolvimento da pessoa no planeamento da reabilitação, motivando-a a colaborar;</li> <li>- Promover um ambiente calmo e ausente de pressão, disponibilizando o tempo necessário para que a pessoa se possa higienizar, para que não se sinta pressionada;</li> <li>- Cuidados de higiene realizados na casa de banho em cadeira sanitária;</li> </ul>	<p><b>26/09/23</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicadas as escalas de Barthel e MIF, verificando-se um grau de dependência total de acordo com o Índice de Barthel (APÊNDICE 9) e uma necessidade de ajuda máxima a total no autocuidado, no controlo de esfíncteres, na mobilidade, e na locomoção, segundo a escala de MIF (APÊNDICE 10);</li> <li>- O Sr. J.B. realiza os cuidados de higiene em cadeira sanitária,</li> </ul>

<p>Totalmente Compensatório</p>	<p>autocuidado: ir ao sanitário;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar a capacidade da pessoa no autocuidado: ir ao sanitário;</li> <li>- Melhorar o conhecimento da pessoa sobre o autocuidado: vestuário;</li> <li>- Melhorar a capacidade da pessoa no autocuidado: vestir-se;</li> <li>- Capacitar a pessoa para a utilização de dispositivos e estratégias de apoio no autocuidado: higiene, ir ao sanitário e vestuário;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivar e instruir a pessoa a realizar a higiene do corpo com o membro afetado;</li> <li>- Incentivar e instruir a pessoa a realizar a higiene do hemitórax afetado;</li> <li>- Incentivar higiene sem ajuda de terceiros;</li> <li>- Supervisionar cuidados de higiene</li> <li>- Ensinar, instruir e treinar estratégias adaptativas para realizar higiene das extremidades (pés) - colocação do pé sobre o joelho contralateral e realizar a higiene.</li> <li>- Ensinar, instruir e treinar estratégias adaptativas para vestir/despir (o lado com menos força deve ser vestido em primeiro e despido em último; utilizar roupas largas e com maior elasticidade; cruzar membro inferior lesado sobre o contralateral para vestir calças, meias e calçar sapatos);</li> <li>- Treinar o vestir/despir da camisa, calças e meias;</li> <li>- Treinar a utilização de fechos e botões (treino de motricidade fina);</li> <li>- Promover a adequação do calçado, para que consiga calçar-se sozinho (com velcro ou sem necessidade de atacadores);</li> <li>- Incentivar a repetição dos treinos de autocuidados diariamente;</li> <li>- Incentivar a urinar e a evacuar o urinol ou casa de banho;</li> </ul>	<p>sendo incentivado a participar/realizar a higiene do corpo, demonstrando-se participativo e colaborante (necessita de ajuda total para a higiene das costas e terço inferior das pernas e pés);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lava os dentes, estando sentado em frente ao espelho, precisa de algum apoio para colocar a pasta de dentes na escova, devido à diminuição da motricidade fina bilateral;</li> <li>- Consegue pentear-se, estando sentado em frente ao espelho, apresentando maior dificuldade com o membro superior esquerdo, por apresentar força muscular grau 3 (de acordo com a Medical Research Council Muscle Scale);</li> <li>- Não conseguiu fazer a barba sozinho, por medo de se cortar;</li> <li>- Precisa de ajuda moderada-elevada para se vestir, tanto na parte superior como inferior do corpo, e apresenta dificuldade a abotoar os botões, pela diminuição da motricidade fina;</li> <li>- Para se calçar, o Sr. J.B. necessita de apoio, maioritariamente no pé esquerdo, para se conseguir calçar e fazer força para introduzir o pé no calçado, assim como para atar os atacadores;</li> </ul>
-------------------------------------	---	---	--

			<p>-Incentivado a urinar e evacuar na casa de banho.</p> <p><b>04/10/23</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Reavaliadas as escalas de Barthel e MIF, verificando-se uma melhoria no grau de dependência passando a moderada, de acordo com o Índice de Barthel (APÊNDICE 9), e uma melhoria na necessidade de ajuda, passando a moderada, no autocuidado, no controlo de esfíncteres, na mobilidade, e na locomoção, segundo a escala de MIF (APÊNDICE 10);</li><li>- O Sr. J.B. realiza os cuidados de higiene em cadeira sanitária, sendo incentivado a participar/realizar a higiene do corpo, demonstrando-se participativo e colaborante (necessita de ajuda moderada para a higiene das costas e pés);</li><li>- Lava os dentes, estando sentado em frente ao espelho, conseguindo colocar a pasta de dentes na escova;</li><li>- Consegue pentear-se, estando sentado em frente ao espelho, apresentando menor dificuldade com o membro superior esquerdo, por apresentar força muscular grau 4 (de acordo com a Medical Research Council Muscle Scale);</li></ul>
--	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Já tenta fazer a barba sozinho, mas continua a precisar de ajuda, por medo de se cortar;</li> <li>- Precisa de ajuda reduzida a moderada para se vestir na parte superior corpo, e ajuda moderada na parte inferior do corpo, e apresenta maior destreza a abotoar os botões e fechar os fechos;</li> <li>- Para se calçar, o Sr. J.B. já consegue introduzir o pé no calçado, de forma autónoma, necessitando de apoio apenas para atar os atacadores;</li> <li>- Incentivado a urinar e evacuar na casa de banho.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Autocontrolo: continência urinária e intestinal comprometido</b></p> <p style="text-align: center;">Sistema Parcialmente e Totalmente Compensatório</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular a independência funcional para o autocuidado, o autocontrolo, a autonomia e autoestima da pessoa;</li> <li>- Melhorar a capacidade da pessoa no autocontrolo: continência urinária e intestinal;</li> <li>- Capacitar a pessoa para a utilização de dispositivos e estratégias de apoio no autocontrolo: continência urinária e intestinal;</li> <li>- Prevenir o declínio funcional;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aconselhar eliminação urinária antes do sono;</li> <li>- Ensinar sobre técnicas de relaxamento/distração para inibir a vontade de urinar (ensinar que quando sentir a primeira vontade de urinar para relaxar o pavimento pélvico, contração quando urgência urinária);</li> <li>- Ensinar e treinar técnica de posicionamento para facilitar micção (flexão anterior do tronco, com membros inferiores apoiados em banco para criar inclinação de aproximadamente 45º);</li> <li>- Elogiar positivamente se não urinar na fralda ou se urinar na casa de banho;</li> <li>- Incentivar o autocontrolo: continência urinária.</li> <li>- Incentivar o autocontrolo: continência intestinal;</li> <li>- Planear eliminação intestinal (escolher uma hora após as refeições para evacuar,</li> </ul>	<p><b>26/09/23</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O Sr. J.B. refere que por vezes não reconhece a sensação de urinar e/ou evacuar, outras vezes não consegue "aguentar a vontade";</li> <li>- Explicado que deve solicitar o urinol/arrastadeira ou a ida à casa de banho quando sente vontade de urinar ou evacuar, de formar a treinar a bexiga e o intestino;</li> <li>- Efetuados ensinamentos sobre as técnicas de relaxamento e distração, posicionamento para facilitar a micção e evacuação, com aparente compreensão por parte do Sr. J.B.;</li> </ul>

		<p>aproveitando o reflexo gastrocólico, e disponibilizar tempo para ir à casa de banho;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensinar sobre o posicionamento adequado para evacuar (flexão anterior do tronco, com membros inferiores apoiados em banco para criar inclinação de aproximadamente 45°);</li> <li>- Treinar a resistência à urgência para defecar (sentado, deverá contrair os músculos do pavimento pélvico durante 1min – a aumentar progressivamente – para controlar o conteúdo da ampola retal);</li> <li>- Incentivar e reforçar a ideia de solicitar o urinol e/ou arrastadeira ou ida à casa de banho, quando sente vontade de urinar e evacuar;</li> <li>- Ensinar, instruir e treinar exercícios de fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico (anteroversão – retroversão da bacia, elevação pélvica com alinhamento lombar e pélvico com realização de contrações musculares longas e curtas, elevação pélvica com movimento lateral, elevação pélvica unilateral, agachamentos, abdução/adução com recurso a almofada ou banda elástica).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivada a equipa de enfermagem e assistentes operacionais, a incentivarem o Sr. J.B. a urinar e evacuar na casa de banho, planeando urinar antes de ir dormir e a evacuar após a refeições, aproveitando o reflexo gastrocólico;</li> <li>- Efetuado treino de exercícios de fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico, 2 séries de 5 repetições;</li> </ul> <p><b>02/10/23</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ao acordar o Sr. J.B. pediu para evacuar na casa de banho, com sucesso, sendo elogiado de forma positiva;</li> <li>- Explicado que deve solicitar o urinol/arrastadeira ou a ida à casa de banho quando sente vontade de urinar ou evacuar, de formar a treinar a bexiga e o intestino;</li> <li>- Reforçados ensinamentos sobre as técnicas de relaxamento e distração, posicionamento para facilitar a micção e evacuação, com aparente compreensão por parte do Sr. J.B.;</li> <li>- Incentivada a equipa de enfermagem e assistentes operacionais, a incentivarem o Sr. J.B. a urinar e evacuar na casa de banho, planeando urinar antes de ir dormir e a evacuar após a</li> </ul>
--	--	--	--

			<p>refeições, aproveitando o reflexo gastrocólico;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Efetuado treino de exercícios de fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico, tolerando a execução de 2 séries de 10 repetições;</li></ul> <p><b>04/10/23</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- O Sr. J.B. tem conseguido manter o padrão de evacuar na casa de banho, solicitando a ida à casa de banho, sendo elogiado de forma positiva;</li><li>- Explicado que deve solicitar o urinol/arrastadeira ou a ida à casa de banho quando sente vontade de urinar ou evacuar, de formar a treinar a bexiga e o intestino;</li><li>- Reforçados ensinios sobre as técnicas de relaxamento e distração, posicionamento para facilitar a micção e evacuação, com aparente compreensão por parte do Sr. J.B.;</li><li>- Incentivada a equipa de enfermagem e assistentes operacionais, a incentivarem o Sr. J.B. a urinar e evacuar na casa de banho, planeando urinar antes de ir dormir e a evacuar após a refeições, aproveitando o reflexo gastrocólico;</li><li>- Efetuado treino de exercícios de fortalecimento dos músculos do</li></ul>
--	--	--	---

			<p>pavimento pélvico, tolerando a execução de 3 séries de 15 repetições;</p> <p>- A meio da manhã, o Sr. J.B. solicitou a ida à casa de banho, urinando na casa de banho, sendo mais uma vez elogiado positivamente.</p>
<p><b>Pôr-se de pé comprometido em grau moderado</b></p> <p>Sistema Parcialmente e Totalmente Compensatório</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular a força e tónus muscular;</li> <li>- Prevenir o declínio funcional;</li> <li>- Melhorar o conhecimento da pessoa sobre técnicas de adaptação para pôr-se de pé;</li> <li>- Melhorar o conhecimento da pessoa sobre dispositivo auxiliar para pôr-se de pé;</li> <li>- Capacitar a pessoa para a utilização de técnicas de adaptação para pôr-se de pé;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a pessoa a pôr-se de pé (com e sem ajuda de terceiros/dispositivo auxiliar);</li> <li>- Ensinar, instruir e treinar sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé em segurança (recurso a dispositivo auxiliar: barra/grades da cama ou auxiliar de marcha; alinhamento corporal e verificação de segmentos corporais; pôr-se de pé com apoio de terceiros; necessidade de bloquear o joelho e o pé do hemicorpo esquerdo por diminuição da força muscular);</li> <li>- Planear e orientar para pôr-se de pé (verificar posição dos segmentos corporais, flexão do joelho com os pés a 90°, apoio em barra/grades da cama, flexão anterior do tronco e pôr-se de pé);</li> <li>- Ensinar, instruir e treinar técnica de exercícios de equilíbrio: <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; <u>deitado</u>: anteroversão – retroversão da bacia, rotação superior do tronco, elevação pélvica com alinhamento lombar e pélvico, elevação pélvica com movimento lateral, elevação pélvica unilateral;</li> <li>&gt; <u>sentado</u>: flexão e extensão do tronco, rotação do tronco, inclinação do tronco, flexão/extensão e abdução/adução dos membros superiores, rotação da parte superior do tronco, inclinação</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>26/09/23</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliado o risco de queda, através da escala de Morse, score 55 (alto risco de queda);</li> <li>- Apresenta equilíbrio estático e dinâmico na posição sentado, mas desequilíbrio na posição ortostática, necessitando de ajuda no impulso para o levante e sem capacidade para a marcha;</li> <li>- A transferência para cadeira de rodas foi efetuada com apoio bilateral, por desequilíbrio em ortostatismo, tolerando a execução de 2 séries de 10 repetições;</li> <li>- Realizados ensinamentos e efetuado treino sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé em segurança, com recurso a dispositivo auxiliar (andarilho), com tolerância;</li> <li>- Efetuados ensinamentos e realizados exercícios de equilíbrio deitado, sentado, e em ortostatismo com apoio bilateral.</li> </ul>

		<p>lateral do tronco, controlo do tronco em posição estática, alcance de objetos em várias direções e distâncias, correção postural em frente ao espelho;</p> <p>&gt; <u>em ortostatismo</u>: levante para posição ortostática, sentar na cadeira de forma controlada, controlo do tronco em posição estática com apoio da grade da cama ou auxiliar de marcha, flexão plantar com elevação do calcanhar, dorsiflexão com elevação da ponta do pé, abdução/adução da coxofemoral, flexão dos joelhos, alinhamento dos pés em linha reta com apoio das grades da cama ou auxiliar de marcha;</p> <p>- Avaliar risco de queda, através da escala de Morse;</p>	<p><b>04/10/23</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reavaliado o risco de queda, através da escala de Morse, score 75 (alto risco de queda);</li> <li>- Efetuado treino sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé em segurança, com recurso a dispositivo auxiliar (andarilho);</li> <li>- O Sr. J.B. para se pôr de pé utiliza o auxiliar de marcha (andarilho) como apoio, e realiza o restante movimento até à cadeira de rodas com o mesmo, de forma autónoma, sob supervisão.</li> <li>- Efetuados ensinamentos e realizados exercícios de equilíbrio deitado, sentado e em ortostatismo, tolerando a execução de 3 séries de 15 repetições;</li> </ul>
<p><b>Posicionar-se comprometido em grau reduzido</b></p> <p>Sistema Parcialmente Compensatório</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevenir o declínio funcional;</li> <li>- Prevenir úlceras por pressão;</li> <li>- Prevenir a aquisição de posições viciosas;</li> <li>- Melhorar o conhecimento da pessoa sobre a técnica de adaptação para posicionar-se;</li> <li>- Melhorar a capacidade da pessoa para utilizar a técnica de adaptação para posicionar-se;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para posicionar-se;</li> <li>- Avaliar capacidade para se autoposicionar (se consegue mudar de posição, garantir alinhamento corporal e alternar zonas de pressão);</li> <li>- Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para se autoposicionar;</li> <li>- Ensinar, instruir e treinar sobre técnica de adaptação para posicionar-se (instruir sobre rotação na cama com recurso a barra de apoio - grades da cama e/ou triângulo de apoio, e verificar a posição dos segmentos corporais [visualizar onde se encontra o braço e a perna</li> </ul>	<p><b>26/09/23</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No leito, o Sr. J.B., colabora, na alternância de decúbitos, recorrendo ao apoio do triângulo de apoio e grades da cama, no entanto não cumpre o alinhamento corporal e nem sempre alterna as zonas de pressão;</li> <li>- Efetuado treino de adaptação para se autoposicionar;</li> <li>- Sem sinais de úlcera por pressão;</li> <li>- Avaliado o risco de úlcera por</li> </ul>

		<p>esquerda, verificar se não ficam debaixo do corpo], mudar de posição com frequência, dar preferência ao decúbito lateral esquerdo, para aumentar sensibilidade profunda e postural.);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o risco de úlcera por pressão, através da escala de Braden;</li> </ul>	<p>pressão, através da escala de Braden, score 13 (alto risco de úlcera por pressão);</p> <p><b>04/10/23</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No leito, o Sr. J.B., autoposiciona-se, recorrendo ao apoio do triângulo de apoio e às grades da cama, nem sempre cumpre o alinhamento corporal, mas já alterna com maior frequência as zonas de pressão;</li> <li>- Sem sinais de úlcera por pressão;</li> <li>- Avaliado o risco de úlcera por pressão, através da escala de Braden, score 18 (risco de úlcera por pressão moderado).</li> </ul>
<p><b>Andar com auxiliar de marcha</b></p> <p>Sistema Parcialmente e Totalmente Compensatório</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevenir o declínio funcional;</li> <li>- Prevenir quedas;</li> <li>- Melhorar o conhecimento da pessoa sobre andar com auxiliar de marcha;</li> <li>- Melhorar a capacidade da pessoa para andar com auxiliar de marcha;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a capacidade para andar com auxiliar de marcha;</li> <li>- Ensinar, instruir e treinar a andar com auxiliar de marcha (andarilho): <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; pequenas distâncias (até 5 metros);</li> <li>&gt; médias distâncias (até 30 metros);</li> <li>&gt; grandes distâncias (superior a 30 metros);</li> </ul> </li> <li>- Treinar subir e descer escadas;</li> <li>- Avaliar a dor da pessoa, aquando da realização das intervenções (escala numérica da dor);</li> <li>- Avaliar o cansaço e ajustar os exercícios ao esforço da pessoa, promovendo intervalos entre os mesmos (escala de Borg modificada).</li> </ul>	<p><b>26/09/23</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O Sr. J.B. apresenta desequilíbrio na posição ortostática, necessitando de ajuda no impulso para o levante e sem aparente capacidade para a marcha;</li> </ul> <p><b>27/09/23</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Na segunda sessão de reabilitação, e após a realização de vários exercícios, foram realizados ensinamentos ao Sr. J.B. sobre a utilização do andarilho; após a explicação com apoio bilateral deu alguns passos</li> </ul>

(totalizando 1 metro, em piso plano), sendo corrigida a posição do pé esquerdo (tem tendência a cruzar a linha média);

- Nega dor, durante toda a sessão.

- Aplicada a escala de Borg modificada, para avaliação do esforço aquando da realização dos exercícios, sendo avaliado pela Sr. J.B. como 5 (utilizada escala de Borg com cores, para facilitar a compreensão).

**28/09/23**

- O Sr. J.B. sente-se mais seguro na utilização do andarilho, precisou ainda de ajuda no impulso para iniciar o levante;

- Efetuado treino de marcha com andarilho, percorrendo cerca de 5 metros em piso plano;



- Nega dor, durante toda a sessão.

			<ul style="list-style-type: none"><li>- Aplicada a escala de Borg modificada, para avaliação do esforço aquando da realização dos exercícios, sendo avaliado pela Sr. J.B. como 5 (utilizada escala de Borg com cores, para facilitar a compreensão).</li></ul> <p><b>29/09/23</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Efetuado treino de marcha com apoio de barras laterais e apoio de andarilho no ginásio, tendo conseguido percorrer 10 metros em piso plano e realizada marcha à retaguarda uma vez (5 metros); necessita de correção postural para evitar o cruzamento da linha média (colocada linha no chão para maior perceção) e melhorar a base de sustentação;</li><li>- Nega dor, durante toda a sessão.</li><li>- Aplicada a escala de Borg modificada, para avaliação do esforço aquando da realização dos exercícios, sendo avaliado pela Sr. J.B. como 5 (utilizada escala de Borg com cores, para facilitar a compreensão).</li></ul> <p><b>02/10/23</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Efetuado treino de marcha com apoio de barras laterais e apoio de andarilho no ginásio, tendo conseguido percorrer um total de</li></ul>
--	--	--	--

			<p>20 metros em piso plano; necessita de correção postural para evitar o cruzamento da linha média (colocada linha no chão para maior percepção) e melhorar a base de sustentação;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Nega dor, durante toda a sessão.</li><li>- Aplicada a escala de Borg modificada, para avaliação do esforço aquando da realização dos exercícios, sendo avaliado pela Sr. J.B. como 5 (utilizada escala de Borg com cores, para facilitar a compreensão).</li></ul> <p><b>03/10/23</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Efetuado treino de marcha com apoio de barras laterais e apoio de andarilho no ginásio, tendo conseguido percorrer um total de 25 metros em piso plano; necessita de correção postural para evitar o cruzamento da linha média (colocada linha no chão para maior percepção) e melhorar a base de sustentação;</li><li>- Nega dor, durante toda a sessão.</li><li>- Aplicada a escala de Borg modificada, para avaliação do esforço aquando da realização dos exercícios, sendo avaliado pela Sr. J.B. como 5 (utilizada escala de Borg com cores, para facilitar a</li></ul>
--	--	--	--

compreensão).

**04/10/23**



- Efetuado treino de marcha com apoio de barras laterais e apoio de andarilho no ginásio, tendo conseguido percorrer um total de 15 metros em piso plano; necessita de correção postural para evitar o cruzamento da linha média (colocada linha no chão para maior percepção) e melhorar a base de sustentação;
- Efetuado treino de subir e descer escadas (para subir move primeiro a perna com mais força, e para descer move primeiro a perna com menos força), apresentando mais dificuldade na descida;
- Nega dor, durante toda a sessão.
- Aplicada a escala de Borg modificada, para avaliação do esforço aquando da realização dos

			exercícios, sendo avaliado pela Sr. J.B. como 5 (utilizada escala de Borg com cores, para facilitar a compreensão).
<p style="text-align: center;"><b>Deglutição comprometida</b></p> <p style="text-align: center;">Sistema Parcialmente e Totalmente Compensatório</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevenir o risco de aspiração;</li> <li>- Melhorar o conhecimento da pessoa sobre exercícios de deglutição;</li> <li>- Melhorar o conhecimento da pessoa sobre técnicas facilitadoras da deglutição;</li> <li>- Melhorar o conhecimento da pessoa sobre deglutição e as causas de deglutição alterada;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a capacidade de deglutição (alterações na qualidade da voz, alteração na articulação das palavras, deglutição de alimentos pastosos, deglutição de alimentos sólidos, deglutição de alimentos líquidos, deglutição da própria saliva, movimentos da língua e dos lábios, controlo postural da cabeça, presença de reflexo de vômito, presença de reflexo de deglutição, sensibilidade da mucosa oral, simetria facial);</li> <li>- Monitorização da deglutição, através da aplicação da escala de GUSS;</li> <li>- Planear, gerir e adaptar dieta;</li> <li>- Ensinar, instruir e treinar sobre técnica postural de prevenção de aspiração (elevação da cabeceira a pelo menos 30º, boa postura sentado, e flexão anterior do pescoço aquando da deglutição);</li> <li>- Ensinar instruir e treinar sobre exercícios de deglutição (abrir e fechar a boca, mandar beijinhos, segurar uma espátula entre os lábios, inclinar a língua para a esquerda/direita, dorsiflexão e ventroflexão da língua, protusão e retrusão da língua, tocar na ponta do nariz, empurrar uma espátula com a ponta da língua, empurrar as bochechas com a ponta da língua, enrolar a língua, encher a boca de ar em simultâneo e em separado, encolher as bochechas para dentro, assobiar, emitir sons graves e agudos alternadamente, sugar uma palhinha com a ponta dobrada, bocejar);</li> <li>- Ensinar, instruir e treinar sobre técnicas</li> </ul>	<p><b>26/09/23</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ao realizar a avaliação dos pares cranianos foi possível observar o seguinte: <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; tom de voz e articulação verbal sem alterações;</li> <li>&gt; reflexo de tosse presente e eficaz;</li> <li>&gt; reflexo de vômito presente à estimulação do pilar amigdalino;</li> <li>&gt; úvula centrada;</li> <li>&gt; sem alterações da mobilidade da língua;</li> <li>&gt; elevação simétrica do palato mole;</li> <li>&gt; sem alterações da simetria da face;</li> <li>&gt; sem alterações da sensibilidade da mucosa oral;</li> <li>&gt; tónus muscular cervical mantido, lateraliza a cabeça e eleva os ombros contra resistência;</li> <li>&gt; consegue deglutir a própria saliva;</li> </ul> </li> <li>- Efetuada avaliação da deglutição, com recurso à escala de GUSS (APÊNDICE 11), apresentando disfagia moderada</li> </ul>

		<p>facilitadoras da deglutição (deglutição supraglótica, manobra de mendelsohn, lip pursing, "varrer o céu da boca" com a língua, dupla deglutição, manobra de masako);</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Avaliar a capacidade para utilizar técnicas de deglutição;</li><li>- Avaliar a capacidade de executar exercícios de deglutição;</li><li>- Supervisionar deglutição;</li></ul>	<p>por score de 12, tendo sido prescrita a ingestão de líquidos com consistência néctar, em copo baixo ou recortado, e dieta pastosa hipoglicídica;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Efetuados ensinamentos sobre técnica postural de prevenção de aspiração, com aparente compreensão por parte do Sr. J.B.;</li><li>- Efetuados ensinamentos sobre exercícios de deglutição e técnicas facilitadoras de deglutição, que o Sr. J.B. referiu serem um pouco complicados.</li></ul> <p><b>04/10/23</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Apesar de o Sr. J.B. colaborar em todos os exercícios, ao longo das sessões foi demonstrando menos vontade na realização dos exercícios de deglutição e das técnicas facilitadoras de deglutição, mesmo assim foram efetuados elogios positivos de forma a incentivar a sua realização;</li><li>- Reavaliada a deglutição, com recurso à escala de GUSS (APÊNDICE 11), mantendo-se sobreponível - disfagia moderada (score de 12).</li></ul>
--	--	---	---

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados obtidos e apresentados são o reflexo da condição do Sr. J.B., da estratégia de reabilitação aplicada, e da monitorização através de escalas validadas para a população portuguesa. A aplicação de escalas, permite-nos monitorizar os cuidados de enfermagem de reabilitação realizados, demonstrando a eficácia das intervenções, permitindo a implementação de intervenções de reabilitação diferenciadas e a melhoria dos cuidados prestados.

A escolha do caso do Sr. J.B., baseou-se no facto este ser previamente independente nos autocuidados e AVD's, e atualmente se encontrar totalmente dependente de terceiros, precisando de incentivo no desenvolvimento/recuperação de autonomia nos autocuidados, na reabilitação da marcha e no potencial/vontade de reabilitação do mesmo. Ao longo da intervenção do EEER houve ganhos significativos em termos de aquisição de autonomia através da aplicação de técnicas de exercícios músculo-articulares, de equilíbrio, de fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico, de deglutição e de treino de marcha com auxiliar de marcha.

A realização deste trabalho foi elevada importância contribuindo para a minha formação nesta área específica, podendo aprofundar conhecimentos de uma forma mais desafiante, baseada na evidência e mediante o contato com o utente.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Branco, C. & Portinha, S. (2017). *Disfagia no Adulto Da Teoria à Prática*. Papa-Letras, Portugal.
- Diário da República, 2ª série, Nº 26. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista* Nº 140 - Aprovado em Assembleia Geral de 06 de Fevereiro de 2019. Lisboa. Disponível em: [Regulamento n.º 140/2019 | DRE](#)
- Diário da República, 2ª série, Nº 85. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação* Nº 392 - Aprovado em Assembleia Geral de 03 de Maio de 2019. Lisboa. Disponível em: [1356513568.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#);
- Ferreira, A., Pierdevara, L., Ventura, I., Gracias, A., Marques, J. & Reis, M. (2018). *Gugging Swallowing Screen: contributo para a validação cultural e linguística para o contexto português*. Revista de Enfermagem Referência, Vol. IV (16). DOI: <https://doi.org/10.12707/RIV17090>
- Foster, P, & Bennett, A. (2000). *Dorothea E. Orem. In Teorias de Enfermagem: Os fundamentos à prática profissional* (4a, pp. 83–102). Porto Alegre: Artmed.
- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente*. Lusociência (Loures). ISBN 978-972-8930-78-3.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Disponível em: [PadraoDocumental\\_EER.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#)
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St.Louis, Publisher: Mosby. Disponível em: <https://archive.org/search.php?query=external-identifierv%3A%22urn%3Aoclc%3Arecord%3A1036809160%22>
- Palma, M., Teixeira, H., Pino, H., Vieira, J. & Bule, M. (2021). *Programa de reabilitação para a pessoa com fratura da extremidade superior do fémur: Estudo de Caso*. Rev Port Enf Reab. 4(2):6-17. <http://dx.doi.org/10.33194/rper.2021.182>
- Queirós, P., Vidinha, T. & Filho, A. (2014). *Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem*. Revista de enfermagem Referência, 5 (3): pp157-164. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>
- Silva, G., Peixoto, A, Morais, K., Souza, L., Gonçalves, L., Santana, P., Estrela, F., Soares, C. & Lima, A. (2021). *Aplicabilidade da teoria do autocuidado na sistematização da assistência de enfermagem à pessoa com doença renal crônica*. Brazilian Journal of Development. 7(6), 56446–56461. DOI:10.34117/bjdv7n6-178
- Silva, R., Carlo, J., Vieira, M., Sousa, J., Silva, I., Pereira, R., Filho, J. & Abreu, R. (2020). *As Teorias De Enfermagem De Roy E Orem Intrínsecas à Sistematização Da Assistência De Enfermagem Para Promoção Da Saúde*. Brazilian Journal of Development. 6(7): 52049-52059. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n7-741>
- Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., & Brainin, M. (2007). *Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen*. Stroke. 38(11): 2948–2952. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.483933>

## 8. APÊNDICES

### 8.1. APÊNDICE 1 – ESCALA DE BRADEN

A escala de Braden é um instrumento de avaliação utilizado para quantificar o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão, sendo a sua aplicação fundamental para o planeamento e implementação de medidas para a sua prevenção e tratamento.

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO					
Nome do doente: _____		Nome do avaliador: _____		Data da avaliação: _____	
Serviço: _____		Cama: _____		Idade: _____	
				26/09	04/10
<b>Percepção sensorial</b> Capacidade de reacção significativa ao desconforto	<b>1. Completamente limitada:</b> Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação,  OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	<b>2. Muito limitada:</b> Reage unicamente a estímulos dolorosos, Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação,  OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	<b>3. Ligeiramente limitada:</b> Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição,  OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	<b>4. Nenhuma limitação:</b> Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.	3 4
<b>Humidade</b> Nível de exposição da pele à humidade	<b>1. Pele constantemente húmida:</b> A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	<b>2. Pele muito húmida:</b> A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	<b>3. Pele ocasionalmente húmida:</b> A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	<b>4. Pele raramente húmida:</b> A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.	3 3
<b>Actividade</b> Nível de actividade física	<b>1. Acamado:</b> O doente está confinado à cama.	<b>2. Sentado:</b> Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	<b>3. Anda ocasionalmente:</b> Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	<b>4. Anda frequentemente:</b> Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.	2 3
<b>Mobilidade</b> Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	<b>1. Completamente imobilizado:</b> Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	<b>2. Muito limitada:</b> Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	<b>3. Ligeiramente limitado:</b> Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	<b>4. Nenhuma limitação:</b> Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.	2 3
<b>Nutrição</b> Alimentação habitual	<b>1. Muito pobre:</b> Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido  OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.	<b>2. Provavelmente inadequada:</b> Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético  OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	<b>3. Adequada:</b> Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido,  OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	<b>4. Excelente:</b> Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.	2 3
<b>Fricção e forças de deslizamento</b>	<b>1. Problema:</b> Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	<b>2. Problema potencial:</b> Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	<b>3. Nenhum problema:</b> Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.	1 2	
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.				<b>Pontuação total</b>	<b>13 18</b>

© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1989;

Versão Portuguesa 2001. Carlos Margato; Cristina Miguéis; Pedro Ferreira; João Gouveia; Kátia Furtado

Grupo Associativo de Investigação em Feridas (GAIF) e Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEIUSC)

## 8.2. APÊNDICE 2 – ESCALA DE MORSE

A escala de Morse é um instrumento de avaliação utilizado para quantificar o risco de queda, sendo a sua aplicação fundamental para o planeamento e implementação de medidas para a sua prevenção.

Item/Data	26/09	04/10
<b>1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses</b> Não = 0 Sim = 25	25	25
<b>2. Diagnóstico(s) secundário(s)</b> Não = 0 Sim = 15	15	15
<b>3. Ajuda para caminhar</b> Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas = 0 Muletas/canadianas/bengala/andarilho = 15 Apoia-se no mobiliário para andar = 30	0	15
<b>4. Terapia intravenosa</b> Não = 0 Sim = 20	0	0
<b>5. Postura no andar e na transferência</b> Normal/acamado/imóvel = 0 Debilitado = 10 Dependente de ajuda = 20	0	20
<b>6. Estado mental</b> Consciente das suas capacidades = 0 Esquece-se das suas limitações = 15	15	0
<b>TOTAL</b>	<b>55</b>	<b>75</b>
LEGENDA: Sem risco de queda (0 e $\leq$ 24 pontos); Baixo risco de queda ( $\geq$ 25 e $\leq$ 50 pontos); Alto risco de queda ( $\geq$ 51 pontos).		

Fonte: [NÚMERO: \(dgs.pt\)](#)

### 8.3. APÊNDICE 3 – ESCALA DE BORG MODIFICADA

A escala de Borg é um instrumento de avaliação utilizado para quantificar, através da percepção subjetiva do esforço, a intensidade aplicada no exercício, momento ou tarefa.

		26/09/23	04/10/23
0	Nenhum	5	4
0,5	Muito, muito leve		
1	Muito leve		
2	Leve		
3	Moderado		
4	Pouco intenso		
5	Intensa		
6			
7	Muito intensa		
8			
9	Muito, muito intensa		
10	Máxima		

Fonte: [\(PDF\) Percepção de esforço e dispneia em pediatria: revisão das escalas de avaliação \(researchgate.net\)](#)

### 8.4. APÊNDICE 4 – ESCALA DE GLASGOW

A escala de Glasgow é um instrumento de avaliação utilizado para mensurar o nível de consciência da pessoa.

	Classificação	26/09/23	04/10/23
Abertura Ocular	4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma	4	4
Resposta Verbal	5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Inadequada 2 - Incompreensível 1 - Nenhuma	4	5
Resposta Motora	6 - Cumpre ordens 5 - Localiza a dor 4 - Retira à dor 3 - Flexão anormal 2 - Extensão 1 - Nenhuma	6	6

Fonte: [GCS-Assessment-Aid-Portuguese.pdf \(glasgowcomascale.org\)](#)

## 8.5. APÊNDICE 5 – MINI MENTAL STATE EXAMINATION

O Mini Mental State Examination é um instrumento de avaliação utilizado para avaliar globalmente as funções cognitivas.

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (Folstein, Folstein & McHugh, 1975, com adaptação de Guerreiro e colaboradores, 1994)

### I. ORIENTAÇÃO

Vou fazer-lhe algumas perguntas. A maior parte delas são fáceis. Tente responder o melhor que for capaz." (Dar 1 ponto por cada resposta correta)

1. Em que ano estamos? Ø
2. Em que mês estamos? Ø
3. Em que dia do mês estamos? Ø
4. Em que estação do ano estamos? 1
5. Em que dia da semana estamos? Ø
6. Em que País estamos? 1
7. Em que Distrito vive? 1
8. Em que Terra vive? 1
9. Em que casa estamos? Ø
10. Em que andar estamos? Ø

Nota: 4

### II. RETENÇÃO

"Vou dizer-lhe três palavras. Quería que as repetisse e que procurasse decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas três palavras." As palavras são:

PERA                  GATO                  BOLA

"Repita as três palavras". (Dar 1 ponto por cada palavra correta)

PERA 1                  GATO 1                  BOLA 1                  Nota: 3

### III. ATENÇÃO E CÁLCULO

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e que ao número encontrado volte a subtrair 3 até eu lhe dizer para parar."

(Dar 1 ponto por cada resposta correta. Parar ao fim de 5 respostas. Se fizer um erro de subtração, mas continuando a subtrair corretamente partir do erro, conta-se como um único erro)

(30) (27) ✓ (24) ✓ (21) ✓ (18) ✓ (15) ✓                  Nota: 2

### IV. EVOCAÇÃO

(Só se efetua no caso do sujeito ter aprendido as três palavras referidas na prova de retenção) "Agora veja se me consegue dizer quais foram as três palavras que lhe pedi há pouco para repetir." (Dar 1 ponto por cada resposta correta)

PERA Ø  
GATO Ø  
BOLA Ø                  Nota: Ø

### V. LINGUAGEM

(Dar 1 ponto por cada resposta correta)

a) Mostrar o relógio de pulso.  
"Como se chama isto?"                  Nota: 1

b) Mostrar um lápis.  
"Como se chama isto?"                  Nota: 1

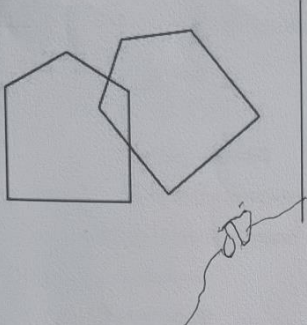
c) Repetir a frase:  
"O rato rói a rolha"                  Nota: 1

d) "Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu lhe entregar o papel, pegue nele com a sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão".  
(Dar 1 ponto por cada etapa bem executada. A pontuação máxima é de 3 pontos.)  
Pega no papel com a mão direita Ø  
Dobra o papel ao meio 1  
Coloca o papel no chão Ø                  Nota: 1

e) "Leia e cumpra o que diz neste cartão."  
Mostrar o cartão com a frase: "FECHE OS OLHOS". (Dar 1 ponto por cada realização correta).  
Nota: 1

f) "Escreva uma frase."  
(A frase deve ter sujeito, verbo e ter sentido para ser pontuada com 1 ponto. Erros gramaticais ou com erros de trocas de letras não contam como erros.)  
Nota: Ø

g) "Copie o desenho que lhe vou mostrar." Mostrar o desenho num cartão.  
(os 10 ângulos devem estar presentes e 2 deles devem estar intersectados para pontuar 1 ponto. Tremor e erros de rotação não são valorizados)



Nota: Ø

**NOTA TOTAL: 14**  
(com défice cognitivo)

Fonte: [NÚMERO: \(dgs.pt\)](#)

## 8.6. APÊNDICE 6 – ESCALA DE TINETTI

A escala de Tinetti é um instrumento de avaliação utilizado para avaliar a mobilidade e equilíbrio estático e dinâmico.

<b>Equilíbrio Estático</b>		<b>26/09/23</b>	<b>04/10/23</b>
<b>1</b>	<p><b>EQUILÍBRIO SENTADO</b>            0 – inclina – se ou desliza na cadeira            1 – inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira            2 – estável, seguro</p>	2	2
<b>2</b>	<p><b>LEVANTAR –SE</b>            0 – incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio            1 – capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão do tronco ou não consegue à 1ª tentativa            2 – capaz na 1ª tentativa sem usar os braços</p>	1	1
<b>3</b>	<p><b>EQUILIBRIO IMEDIATO</b> (primeiros 5 segundos)            0 – instável (cambaleante, move os pés, marcadas oscilações do tronco, tenta agarrar algo para se suportar)            1 – estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se            2 – estável sem qualquer tipo de ajudas</p>	1	2
<b>4</b>	<p><b>EQUILIBRIO EM PÉ COM OS PÉS PARALELOS</b>            0 – instável            1 – estável, mas alargando a base de sustentação (calcanhares afastados &gt; 10 cm) ou recorrendo a auxiliar de marcha para apoio            2 – pés próximos e sem ajudas</p>	0	1
<b>5</b>	<p><b>PEQUENOS DESIQUILÍBRIOS NA MESMA POSIÇÃO</b>            (sujeito de pé com os pés próximos, o observador empurra-o levemente com a palma da mão, 3 vezes ao nível do esterno)            0 – começa a cair            1 – vacilante, agarra-se, mas estabiliza            2 – estável</p>	0	1
<b>6</b>	<p><b>FECHAR OS OLHOS NA MESMA POSIÇÃO</b>            0 – instável            1 – estável</p>	0	1
<b>7</b>	<p><b>VOLTA DE 360°</b> (2 vezes)            0 – instável (agarra – se, vacila)            1 – estável, mas dá passos descontínuos            2 – estável e passos contínuos</p>	0	0
<b>8</b>	<p><b>APOIO UNIPODAL</b> (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável)</p>	0	0

	0 - não consegue ou tenta segurar-se a qualquer objecto 1 - aguenta 5 segundos de forma estável		
<b>9</b>	<b>SENTAR-SE</b> 0 - pouco seguro ou cai na cadeira ou calcula mal a distância 1 - usa os braços ou movimento não harmonioso 2 - seguro, movimento harmonioso	0	1
<b>Equilíbrio Dinâmico</b>		<b>26/09/23</b>	<b>04/10/23</b>
<b>10</b>	<b>INÍCIO DA MARCHA</b> (imediatamente após o sinal de partida) 0 - hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar 1 - sem hesitação	0	1
<b>11</b>	<b>LARGURA DO PASSO</b> (pé direito) 0 - não ultrapassa à frente do pé em apoio 1 - ultrapassa o pé esquerdo em apoio	0	1
<b>12</b>	<b>ALTURA DO PASSO</b> (pé direito) 0 - o pé direito não perde completamente o contacto com o solo 1 - o pé direito eleva-se completamente do solo	0	1
<b>13</b>	<b>LARGURA DO PASSO</b> (pé esquerdo) 0 - não ultrapassa à frente do pé em apoio 1 - ultrapassa o pé direito em apoio	0	1
<b>14</b>	<b>ALTURA DO PASSO</b> (pé esquerdo) 0 - o pé esquerdo não perde totalmente o contacto com o solo 1 - o pé esquerdo eleva-se totalmente do solo	0	1
<b>15</b>	<b>SIMETRIA DO PASSO</b> 0 - comprimento do passo aparentemente assimétrico 1 - comprimento do passo aparentemente simétrico	0	0
<b>16</b>	<b>CONTINUIDADE DO PASSO</b> 0 - pára ou dá passos descontínuos 1 - passos contínuos	0	0
<b>17</b>	<b>PERCURSO DE 3 METROS</b> (previamente marcado) 0 - desvia-se da linha marcada 1 - desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha 2 - sem desvios e sem ajudas	0	1
<b>18</b>	<b>ESTABILIDADE DO TRONCO</b> 0 - nítida oscilação ou utiliza auxiliar de marcha 1 - sem oscilação, mas com flexão dos joelhos ou coluna ou afasta os braços do tronco enquanto caminha 2 - sem oscilação, sem flexão, não utiliza os braços, nem auxiliares de marcha	0	1
<b>19</b>	<b>BASE DE SUSTENTAÇÃO DURANTE A MARCHA</b>	0	0

0 - calcanhares muito afastados 1 - calcanhares próximos, quase se tocam		
<b>Pontuação Total</b> (máximo 28)	4	16

Fonte: [AVALIAÇÃO DA MOBILIDADE E EQUILIBRIO ESTÁTICO E DINAMICO TESTE DE TINETTI \(wordpress.com\)](#)

## 8.7. APÊNDICE 7 – NIHSS

A escala de NISHH é um instrumento de avaliação utilizado para avaliar os défices neurológicos relacionados com o AVC.

	<b>Data</b>	<b>28/09</b>	<b>04/10</b>
<b>1a Nível de Consciência</b> 0 - Vigil 1 - Não vigil, mas facilmente despertável (estímulos menor) 2 - Não vigil, requer estimulação repetida para responder 3 - Não vigil, responde só mov. Reflexo/sem resposta		0	0
<b>1b Orientação (perguntar o mês e a idade)</b> 0 - Ambas correctamente 1 - Uma correctamente 2 - Não responde a nenhuma corretamente		2	1
<b>1c Cumpre ordens simples (abrir e fechar os olhos e as mãos)</b> 0 - Executa ambas <i>correctamente</i> 1 - Executa uma <i>correctamente</i> 2 - Não executa nenhuma <i>correctamente</i>		0	0
<b>2 Movimentos oculares (só movimentos horizontais)</b> 0 - Normal 1 - Parésia parcial do olhar conjugado(nãoforçado) 2 - Desvio forçado do olhar		0	0
<b>3 Campos visuais</b> 0 - Sem perda campo visual 1 - Hemianopsia parcial 2 - Hemianopsia total 3 - Hemianopsia bilateral(inclui cegueira Cortical)		0	0
<b>4 Paralesia facial</b> 0 - Movimentos simétricos normais 1 - Paralesia menor (apag sulco nasogeniano) 2 - Paralesia completa ou quase andar inferior 3 - Ausência de movimento da hemiface (superior e inferior)		0	0
<b>5 Motricidade-membros superiores</b> 0 - Normal 1 - Queda 2 - Faz algum esforço contra gravidade 3 - Não há esforço contra gravidade 4 - Não há movimento 9 - Amputação/fusão articular	a) esquerda	2	1
	b) direita	0	0

<b>6 Motricidade-membros inferiores</b> 0 - Normal 1 - Queda 2 - Faz algum esforço contra gravidade 3 - Não há esforço contra gravidade 4 - Não há movimento 9 - Amputação/fusão articular	a) esquerda	2	1
	b) direita	0	0
<b>7 Ataxia segmentar (coordenação motora)</b> 0 - Sem ataxia 1 - Ataxia de um membro 2 - Ataxia 2 membros		1	0
<b>8 Sensibilidade</b> 0 - Normal 1 - Diminuição ligeira/moderada 2 - Perda severa ou total		0	0
<b>9 Linguagem</b> 0 - Normal (sem afasia) 1 - Afasia ligeira/moderada 2 - Afasia grave 3 - Mutismo (afasia global)		0	0
<b>10 Disartria</b> 0 - Articulação verbal normal 1 - Disartria ligeira a moderada (Empastamento) 2 - Disartria severa (Incompreensível) 9 - Entubação ou outra barreira física		0	0
<b>11 Extinção e Desatenção (Neglect)</b> 0 - Sem neglect (visual, tátil, auditiva, espacial ou pessoa) 1 - Inatenção/extinção numa modalidade 2 - Em mais de 1 modalidade		0	0
<b>Total (0-42)</b>		<b>7</b>	<b>3</b>

Fonte: [NIH Stroke Scale | National Institute of Neurological Disorders and Stroke](#)

## 8.8. APÊNDICE 8 – ESCALA DE ASHWORTH MODIFICADA

A escala de Ashworth modificada é um instrumento de avaliação utilizado para avaliar a espasticidade/tónus muscular, efetuando-se mobilização passiva dos membros e avaliando a resistência.

	Classificação	28/09	04/10
<b>0</b>	Tónus normal;	0 Em todos os segmentos corporais	0 Em todos os segmentos corporais
<b>1</b>	Aumento do tónus no início ou no final do arco de movimento;		
<b>1+</b>	Aumento do tónus em menos de metade do arco de movimento, manifestado por tensão abrupta e seguido por resistência mínima;		
<b>2</b>	Aumento do tónus em mais de metade do arco de movimento;		

<b>3</b>	Partes em flexão ou extensão e movidos com dificuldade;		
<b>4</b>	Partes rígidas em flexão ou extensão.		

Fonte: Bohannon, R. W., & Smith, M. B. (1987). Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. *Physical Therapy*, 67 (2), 206–207. <https://doi.org/10.1093/ptj/67.2.206>

## 8.9. APÊNDICE 9 – ÍNDICE DE BARTHEL

O Índice de Barthel é um instrumento de avaliação utilizado para avaliar o estado funcional da pessoa, com o objetivo de estabelecer um plano de reabilitação individualizado.

ATIVIDADE	PONTUAÇÃO	
	26/09	04/10
<b>1. Alimentação</b>		
Independente = 10 Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos = 5 Dependente = 0	5	5
<b>2. Transferências</b>		
Independente = 15 Precisa de alguma ajuda = 10 Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se = 5 Dependente, não tem equilíbrio sentado = 0	0	10
<b>3. Higiene Pessoal</b>		
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes = 5 Dependente, necessita de alguma ajuda = 0	0	0
<b>4. Utilização do WC</b>		
Independente = 10 Precisa de alguma ajuda = 5 Dependente = 0	0	5
<b>5. Banho</b>		
Tomar banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) = 5 Dependente, necessita de alguma ajuda = 0	0	0
<b>6. Mobilidade</b>	0	10

Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) = 15 Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda = 10 Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas = 5 Imóvel = 0		
<b>7. Subir e Descer Escadas</b>		
Independente, com ou sem ajudas técnicas = 10 Precisa de ajuda = 5 Impossível = 0	0	5
<b>8. Vestir</b>		
Independente = 10 Com ajuda = 5 Impossível = 0	5	5
<b>9. Controlo Intestinal</b>		
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso do supositório ou similar = 10 Acidente ocasional = 5 Incontinente ou precisa de uso de clisteres = 0	0	5
<b>10. Controlo Urinário</b>		
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho = 10 Acidente ocasional (máximo uma vez por semana) = 5 Incontinente, ou algaliado sendo incapaz a algália sozinho = 0	0	5
<b>TOTAL</b>	10	50
<b>LEGENDA:</b> - Dependência total: 0-20; - Dependência grave: 20-35; - Dependência moderada: 40-55; - Dependência ligeira: 60-99; - Independente: 100.		

Fonte: [norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx](http://norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx) (dgs.pt)

## 8.10. APÊNDICE 10 – ESCALA DE MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

A escala de MIF é um instrumento de avaliação utilizado para avaliar o estado funcional da pessoa, com o objetivo de estabelecer um plano de reabilitação individualizado.

<b>NÍVEIS</b>	7 - Independência completa (em segurança e em tempo normal) 6 - Independência modificada (dispositivo)	Sem ajuda	
	5 - Supervisão 4 - Ajuda mínima (indivíduo $\geq 75\%$ ) 3 - Ajuda moderada (indivíduo $\geq 50\%$ ) 2 - Ajuda máxima (indivíduo $\geq 25\%$ ) 1 - Ajuda total (indivíduo $< 25\%$ )	Ajuda	
<b>Data de Avaliação</b>		26/09	04/10
<b>Autocuidados</b>	A - Alimentação	1	3
	B - Higiene Pessoal	1	3
	C - Banho	1	3
	D - Vestir metade superior	2	4
	E - Vestir metade inferior	1	3
	F - Utilização de Sanita	1	3
<b>Controlo de esfíncteres</b>	G - Bexiga	1	3
	H - Intestino	1	3
<b>Mobilidade</b> (Transferências)	I - Leito, Cadeira, Cadeira de rodas	1	3
	J - Sanita	1	3
	K - Banheira, Duche	1	3
<b>Locomoção</b>	L - Marcha/Cadeira de rodas	1	3
	M - Escadas	1	2
<b>Comunicação</b>	N - Compreensão	2	3
	O - Expressão	2	3
<b>Consciência do mundo exterior</b>	P - Interação Social	3	3
	Q - Resolução de problemas	2	2
	R - Memória	2	2
<b>TOTAL</b>		25	52

Fonte: [norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx \(dgs.pt\)](#)

## 8.11. APÊNDICE 11 – ESCALA DE GUSS

A escala de GUSS é um instrumento de avaliação, desenvolvido por Trapl *et al.* (2007) e validada para a população portuguesa por Ferreira *et al.* (2018), utilizado para identificar distúrbios de deglutição, de forma simples, rápida e não invasiva.

<b>Secção 1 – Avaliação preliminar/teste de deglutição indireto</b>						
Data	26/09/23		04/10/23			
<b>Vigilância</b> (a pessoa deve estar alerta durante pelo menos 15 minutos) <b>Sim = 1   Não = 0</b>	1		1			
<b>Tosse e/ou pigarreio</b> (a pessoa deve conseguir tossir ou pigarrear 2 vezes) <b>Sim = 1   Não = 0</b>	1		1			
<b>Deglutição de saliva</b>	-		-			
- deglutição com sucesso <b>Sim = 1   Não = 0</b>	1		1			
- sialorreia <b>Sim = 0   Não = 1</b>	1		1			
- alterações da voz (rouquidão, gorgolejo, voz molhada ou fraca) <b>Sim = 0   Não = 1</b>	1		1			
TOTAL	5/5		5/5			
se total igual a 5, progredir para a avaliação da secção 2						
<b>Secção 2 – Teste de deglutição direto</b> (material: água destilada, colher de chá, espessante e pão)						
<b>Seguir a ordem</b>	<b>1</b>		<b>2</b>		<b>3</b>	
	semi-sólido		Líquido		Sólido	
Data	26/09	04/10	26/09	04/10	26/09	04/10
<b>Deglutição</b> - Deglutição impossível = 0 - Deglutição demorada = 1 (superior a 2 seg.; sólido superior a 10 seg.) - Deglutição com sucesso = 2	2	2	1	1	-	-
<b>Tosse (involuntária)</b> (antes, durante ou após a deglutição – até 3 minutos após) - Sim = 0 - Não = 1	1	1	0	0	-	-
<b>Sialorreia</b> - Sim 0 - Não 1	1	1	1	1	-	-
<b>Alteração da Voz</b> (escutar a voz antes e após a deglutição – o doente deve dizer “O”) - Sim = 0 - Não = 1	1	1	0	0	-	-
TOTAL	5/5	5/5	2/5	2/5	- /5	- /5
se total igual a 5, progredir para a avaliação		se total igual a 5, progredir para a avaliação		se total igual a 5, sem alterações de deglutição		

	2 - líquido	3 - sólido	
<b>TOTAL</b> (Secção 1 + Secção 2): 12/20 (26/09) > 12/20 (04/10)			

<b>Resultados</b>	<b>Gravidade</b>	<b>Recomendações</b>
<b>20</b>  Ingestão de consistências pastosas, líquidas e sólidas, bem-sucedida	<b>SEM DISFAGIA</b>  risco mínimo de aspiração	<b>Dieta Geral</b>  - ingestão de líquidos sem restrições (primeira refeição deve ser supervisionada por Enfermeiro);
<b>15-19</b>  Ingestão de consistências pastosas, líquidas, bem-sucedida  Ingestão de consistência sólida malsucedida	<b>DISFAGIA LIGEIRA</b>  baixo risco de aspiração	<b>Dieta Passada/Triturada</b>  - ingestão de líquidos lentamente, um golo de cada vez ou com colher de sobremesa;  - referenciar para terapia da fala e otorrinolaringologia;
<b>10-14</b>  Ingestão de consistência pastosa bem-sucedida  Ingestão de consistência líquida malsucedida	<b>DISFAGIA MODERADA</b>  risco de aspiração	<b>Dieta Pastosa</b>  - consistência pastosa e alimentação entérica/parentérica (se necessário, como suplemento);  - líquidos com espessante;  - comprimidos esmagados e misturados em líquido espessado;  - não administrar medicação líquida;  - referenciar para terapia da fala e otorrinolaringologia;
<b>0-9</b>  Ingestão de consistência pastosa malsucedida	<b>DISFAGIA GRAVE</b>  alto risco de aspiração	<b>NPO (non per os)</b>  - proibida alimentação por via oral;  - administrar alimentação entérica ou parentérica;  - referenciar para terapia da fala e otorrinolaringologia.

Fonte: Adaptado de Trapl *et al.* (2007).



## Protocolo de Revisão *Scoping*

**Objetivo:** Identificar as intervenções do EEER na pessoa com incontinência após AVC, para melhorar o autocuidado eliminação.

**Questão de Investigação:** *Quais são as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa com incontinência urinária, após AVC?*

**População (P)** – pessoa com AVC;

**Conceito (C)** – incontinência;

**Contexto (C)** – reabilitação.

### Metodologia de Pesquisa:

A pesquisa foi efetuada com recurso ao motor de busca EBSCOhost via OE, nas bases de dados *CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive*, para identificação das referências.

Nesta pesquisa foram validados os descritores Rehabilitation, Incontinence e Stroke, na plataforma DeCs/MeSH. Posteriormente foi aplicada a seguinte frase booleana: Rehabilitation AND Incontinence AND Stroke.

Foram definidos os critérios de inclusão e exclusão, descritos na seguinte tabela:

	Inclusão	Exclusão
P	Estudos com população após AVC, na idade adulta (maior ou igual a 18 anos), qualquer sexo, qualquer país.	Estudos com população com outras patologias que não AVC, na idade pediátrica (idade inferior a 18 anos).
C	Incontinência em população que sofreu AVC.	Incontinência em população com outras patologias, que não AVC.
C	Estudos que abordem intervenções de reabilitação promotoras da continência urinária e intestinal.	Estudos que não abordem intervenções de reabilitação promotoras da continência urinária e intestinal.



Outros critérios	Texto integral.	Sem correlação com o objeto de estudo.
	Idioma: inglês e português.	Outros idiomas, que não o inglês ou português.
	Contexto temporal 2013-2023 (limitando aos últimos 10 anos)	Com data anterior a 2013.
	Fonte: revistas académicas, estudos qualitativos e quantitativos, mistos e revisões de literatura.	Fontes como dissertações e teses de mestrado. Não disponíveis em texto integral.



**Plano de Sessão de Formação – Envelhecimento Ativo**

Contexto da Ação	Mês do Idoso
Âmbito da Ação	Mês do Idoso - iniciativa desenvolvida pelas AURPIS do concelho do [REDACTED]
Duração da Ação	1 hora
Data da Sessão	25/10/2023
Local da Formação	Associação Unitária de Reformados, Pensionistas e Idosos da [REDACTED]
Formadores	EEER [REDACTED] e Estudante de Mestrado de EEER Joana Coelho
Destinatários	Reformados, Pensionistas e Idosos pertencentes à AURPI - [REDACTED]
Características dos Destinatários	Reformados, Pensionistas e Idosos
Objetivos da Sessão	<ul style="list-style-type: none"><li>- Sensibilizar para a importância do envelhecimento ativo e saudável;</li><li>- Promover uma imagem positiva do envelhecimento.</li></ul>
Descrição da Ação	Realização de uma sessão sobre o envelhecimento ativo explicando o que é, qual a sua importância, os fatores que promovem um envelhecimento saudável e com qualidade; o final da ação contém uma atividade prática, com um conjunto de exercícios físicos. No final da ação é entregue um folheto com o resumo da ação, incluindo também alguns exemplos de exercícios.
Tipologia da Ação	Método expositivo, interrogativo e ativo.
Recursos Necessários	Apresentação em <i>power point</i> , projetor e computador portátil.
Resultados Esperados	Que no final da ação as pessoas intervenientes entendam o conceito de envelhecimento ativo, demonstrem vontade em realizar atividades que promovam o envelhecimento ativo e participem ativamente na sessão de exercícios no final da ação.





**1**

EGAS MONIZ SCHOOL of HEALTH & SCIENCE

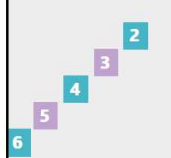
## Envelhecimento Ativo

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação  
Estudante de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação Joana Coelho


25 de Outubro de 2023

1

**1 - OBJETIVOS**

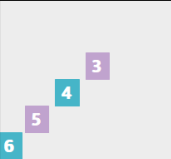


- Sensibilizar para a importância do envelhecimento ativo e saudável;
- Promover uma imagem positiva do envelhecimento.



2

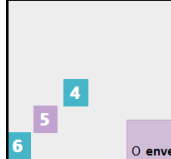
**2 - INTRODUÇÃO**



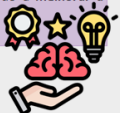
Em 2002, surgiu o paradigma de **envelhecimento ativo**, lançado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), de forma a dar resposta aos múltiplos desafios deste fenómeno.

3

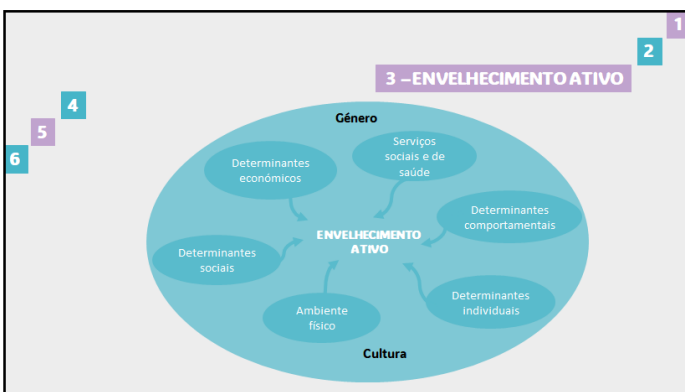
**3 - ENVELHECIMENTO ATIVO**



O **envelhecimento ativo** é um **processo contínuo** que se estende ao longo de **todo o ciclo vital** e como uma experiência positiva, que através de uma integração progressiva dos idosos na sociedade, permita uma expectativa de **vida saudável com autonomia e independência**, contribuindo para a optimização de condições de **saúde, participação social e segurança**, de modo a **melhorar a qualidade de vida** à medida que as pessoas envelhecem.




4



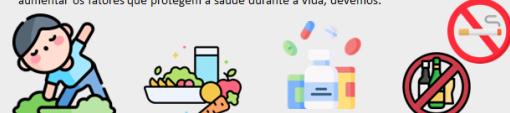
7

**3 - ENVELHECIMENTO ATIVO**




**Saúde**

- O envelhecimento ativo remete para a **manutenção da atividade motora e cognitiva**.
- A **adoção de estilos de vida saudáveis** é um dos fatores chave do envelhecimento ativo, procurando **promover a saúde e qualidade de vida**.
- De forma a reduzir os fatores de risco associados às principais doenças, assim como aumentar os fatores que protegem a saúde durante a vida, devemos:



8

**3 - ENVELHECIMENTO ATIVO**




**Participação Social**

- A participação social tem sido associada a níveis de bem-estar e saúde mais favoráveis na população idosa.
- A importância da participação através de formas formais, como a pertença associativa e do envolvimento em atividades para a terceira idade, que **representam o elo mais significativo para a inclusão social e para a participação na vida coletiva**.
- O voluntariado sénior é visto como um fenómeno estruturante do envelhecimento ativo, permitindo a **partilha de experiências de vida, conhecimentos e competências com outras gerações**.

9

**3 - ENVELHECIMENTO ATIVO**



**Segurança**

Assegurar a proteção, segurança e dignidade dos idosos torna-se um elemento-chave para as políticas e programas públicos, responsabilizando-os:

- pela promoção da segurança social, financeira e física da população idosa;
- pelos seus direitos e necessidades individuais e coletivas;
- pelo auxílio das famílias nos cuidados aos seus familiares mais idosos.

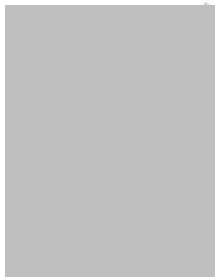
10





EGAS MONIZ SCHOOL  
of HEALTH & SCIENCE

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
EGAS MONIZ



## FAÇA EXERCÍCIO!

- Cada movimento deve ser repetido 10 vezes em cada braço/perna.
- Controlar a respiração durante os exercícios.
- Cada exercício deverá ser feito 2 vezes por dia (manhã e tarde).
- Deve descansar e parar sempre que sentir fadiga.
- Não deve esforçar, quando sente dor intensa.



REALIZADO PELA EMER JOANA COELHO  
DA EGAS MONIZ SCHOOL OF  
HEALTH & SCIENCE  
SOB ORIENTAÇÃO DA  
E SAL

O ENVELHECIMENTO ATIVO É UM PROCESSO CONTÍNUO QUE SE ESTENDE AO LONGO DE TODO O CICLO VITAL E COMO UMA EXPERIÊNCIA POSITIVA, QUE ATRAVÉS DE UMA INTEGRAÇÃO PROGRESSIVA DOS IDOSOS NA SOCIEDADE, PERMITA UMA EXPETATIVA DE VIDA SAUDÁVEL COM AUTONOMIA E INDEPENDÊNCIA, CONTRIBUINDO PARA A OPTIMIZAÇÃO DE CONDIÇÕES DE SAÚDE, PARTICIPAÇÃO SOCIAL E SEGURANÇA, DE MODO A MELHORAR A QUALIDADE DE VIDA À MEDIDA QUE AS PESSOAS ENVELHECEM.



# ENVELHECIMENTO

# ATIVO



## GUIA DE EXERCÍCIOS

## GABEÇA E PESCÔÇO



Mover a cabeça para a frente e para trás.



Mover a cabeça para a esquerda e para a direita.



Rodar a cabeça para a direita, e depois para a esquerda.



Levantar e baixar os ombros.

## MÃOS E BRAÇOS



Abrir, o mais possível as mãos, e fechar.



Mover o punho para baixo e para cima, se necessário com a ajuda da mão.



Contar cada dedo, das duas mãos, tocando em cada ponta com o polegar.



Levantar os braços esticados para a frente.

Levantar os braços esticados para o lado.

Levantar os braços, dobrando os cotovelos até a mão tocar no ombro.

## PERNAS



Sentado, levantar os calcanhares do chão, e depois levantar as pontas dos dedos do chão.



Sentado, mover as pernas para a frente e para trás.



Levantar e sentar na cadeira, de forma calma e controlada.



EGAS MONIZ SCHOOL  
of HEALTH & SCIENCE

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
EGAS MONIZ





# CATERISMO VESICAL INTERMITENTE



O **cateterismo (ou esvaziamento) vesical intermitente** pode ser realizado por si ou pelo seu cuidador e **permite esvaziar a urina presente na bexiga.**

## Cuidados antes da realização do cateterismo vesical:

- **reuna todo o material** antes da realização da técnica;
- **respeite o intervalo horário estabelecido** (3 em 3 horas durante o período diurno e de 6 em 6 horas no período noturno), prevenindo episódios de retenção ou incontinência urinária;
- **adote uma posição confortável** para realizar o auto-esvaziamento vesical;
- **esteja alerta para sinais e sintomas de infeções do trato urinário** (alteração do cheiro, cor e quantidade da urina; dor ou ardor durante o auto-esvaziamento; presença de sangue na urina; febre);
- **não force a introdução da sonda vesical**, afim de evitar traumatismos/lesões; relaxe e volte a tentar, se mesmo assim não conseguir deve contactar um enfermeiro/a;
- Se o volume de urina ultrapassar os 500ml deve ir clampedo/desclampedo a sonda e drenando 100ml de urina de cada vez.
- **Mantenha o registo do diário miccional;**
- **Cumpra o treino de hábitos** ensinado pelo/a Enfermeiro/a.

**DURANTE A REALIZAÇÃO DA TÉCNICA TOQUE APENAS NO MATERIAL PARA O AUTO-ESVAZIAMENTO, PREVENINDO A INFECÇÃO!**

-  
Serviço de Neurologia

**SE TIVER DÚVIDAS,  
NÃO HESITE EM CONTACTAR-NOS!**

**4º passo - Introduzir a sonda vesical**

**Homem** - Com uma das mãos segure o pénis para cima; Com a outra mão insira delicadamente a sonda na uretra até que observe urina;

Quando o fluxo de urina parar, pressione ligeiramente para baixo o abdómen para garantir o esvaziamento total da bexiga;



**Mulher** - Com o auxílio de um espelho localize a uretra; Depois com uma das mãos afaste os lábios e com a outra mão insira gentilmente a sonda na uretra até que observe urina; Deixe drenar a urina completamente; Quando o fluxo de urina parar, pressione ligeiramente para baixo o abdómen para garantir o esvaziamento total da bexiga;



**5º passo - Remover a sonda vesical e deite no lixo próprio para o material (Lave bem as mãos)**

**6º passo - Medir a quantidade de urina e registar**

**Técnica de Cateterismo Vesical Intermitente:**

**1º passo - Reunir o material necessário** (deve dispor o material sobre a mesa, pronto a utilizar)

- compressas;
- soro fisiológico;
- sonda vesical;
- espelho (no caso da mulher)
- recipiente (com medidas);
- saco para os sujos;
- lubrificante hidrofílico (caso a sonda vesical não seja pré-lubrificada);

**2º passo - Lavar as mãos**

- Lave as mãos com água e sabão (em alternativa pode desinfetar com solução alcoólica);

**3º passo - Limpeza da região genital**

**Homem** - retirar o prepúcio (pele que reveste a glande), depois com soro fisiológico e compressas deve limpar primeiro o meato urinário, e depois toda a glande;

**Mulher** - a limpeza deve ser efetuada com compressas e soro fisiológico, de frente para trás em direção ao ânus;

**Referências Bibliográficas:**

- Hoeman, Shirley P. (2011) — Enfermagem de Reabilitação – Aplicação e Processo. Loures, Lusociência 2000, ISBN 972-8383-13-4
- Vahr, S., et.al. (2013). Evidence-based Guideline for Best Practice in Urological Health Care, Catheterisation, Urethral Intermittent in adults. European Association of Urology Nurses [fonte da imagem de capa]
- Fonte das imagens: <https://www.increasing.com.br/2020/07/sistema-urinario-e-caterismo-vesical.html>

Elaborado, em Julho de 2023, por:

Estudante de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, Enf.ª Joana Coelho (da Escola Superior de Saúde Egas Moniz), sob orientação das EEER Enf.ª \_\_\_\_\_

**Serviço de Neurologia—**

**Contacto geral:**



## IMPORTÂNCIA DO CALÇADO

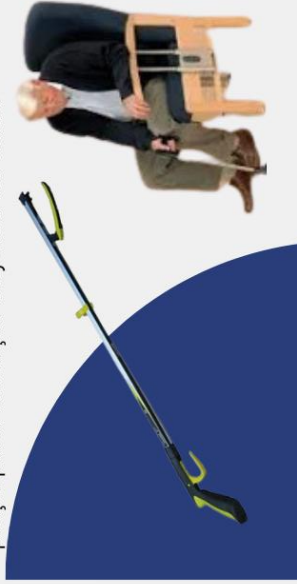
O calçado deverá ser fechado, confortável, com velcro e antiderrapante, de forma a reduzir o risco de queda.

As calçadeiras de cabo alto, permitem maior facilidade em calçar o sapato no pós-operatório.

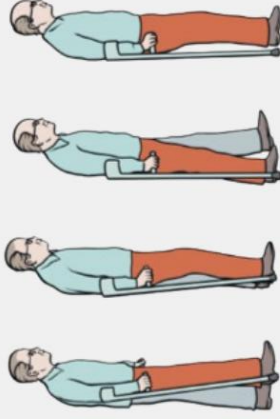


## PINÇA PARA ALCANCE DE OBJETOS

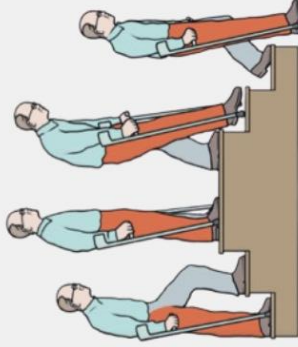
Evite movimentos luxantes, inclinando-se para frente, fazendo preferencialmente um ângulo superior a 90° com a anca, use a pinça para alcançar objetos do chão.



## TREINO COM AUXILIAR DE MARCHA



Avançar com auxiliar de marcha (no pós-operatório imediato), canadianas ou andarilho, de seguida iniciar o passo com a perna operada e posteriormente com a perna não operada, de seguida avançar novamente auxiliar de marcha,

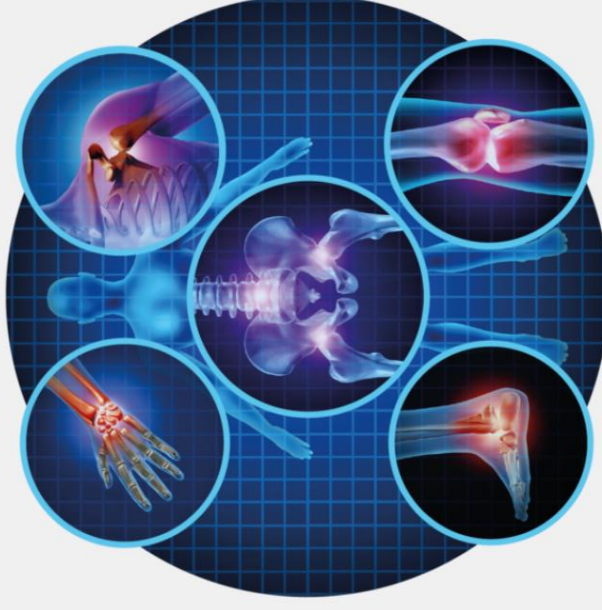


Subir escadas: subir o degrau com a perna não operada, de seguida colocar as canadianas no mesmo degrau e por fim subir com a perna operada.

Descer escadas: colocar no degrau inferior as canadianas, de seguida a perna operada e por último a perna não operada.

## AJUDAS TÉCNICAS PARA ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIAS

Serviço de Ortopedia

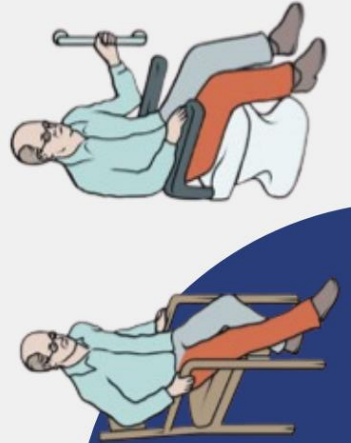


### DISPOSITIVO ALTEADOR DE SANITA

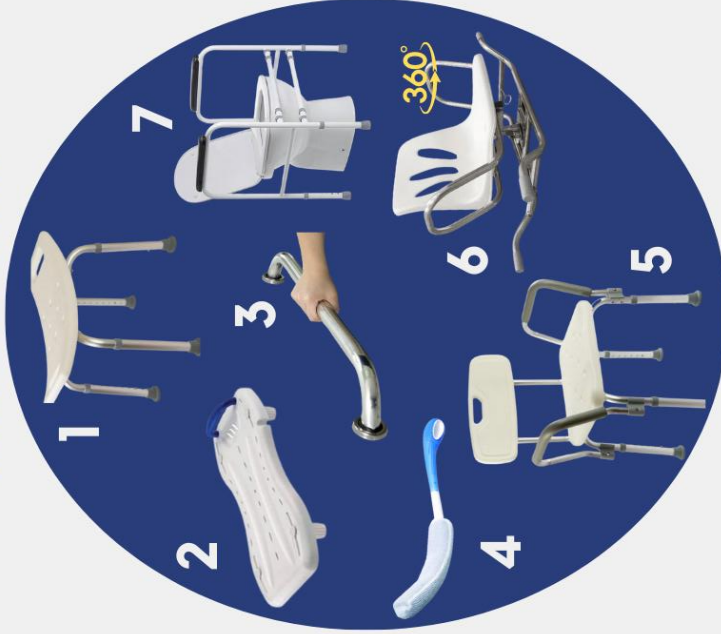


Adapta-se à sua sanita de modo a aumentar a altura da mesma. Idealmente usado em pessoas com mobilidade reduzida, promove o conforto, permitindo sentar e levantar em segurança, após cirurgia à anca.

Sempre que se sentar e levantar, deve esticar a perna operada para frente e auxiliar o movimento com a outra perna e com apoio dos braços.



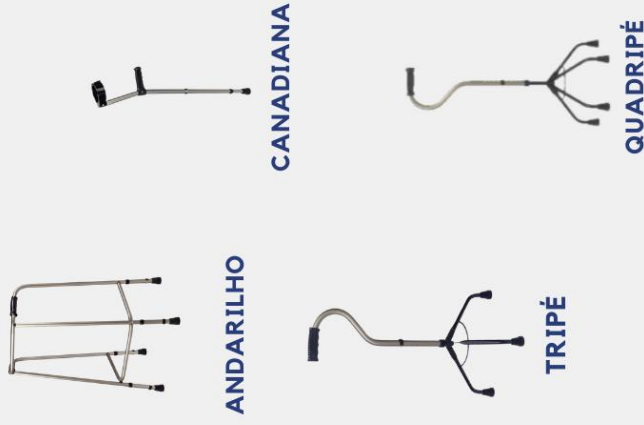
### DISPOSITIVOS DE APOIO PARA OS CUIDADOS DE HIGIENE:



1. BANCO DE HIGIENE
2. TÁBUA PARA BANHEIRA
3. BARRA DE APOIO FIXA
4. ESCOVA COM CABO
5. CADEIRA PARA DUCHE
6. CADEIRA ROTATIVA PARA BANHEIRA
7. APOIO DE BRAÇOS PARA WC

Permitem adaptação à banheira, poliban ou base de duche, garantindo maior conforto e segurança, durante os cuidados de higiene, promovendo a autonomia e independência da pessoa, e reduzindo o risco de queda.

### DISPOSITIVOS DE APOIO PARA O TREINO DE MARCHA:



Permitem melhorar o equilíbrio, reduzir a dor, aumentar a mobilidade, promover autonomia e a confiança.



A altura destes dispositivos deve estar ao nível da anca da pessoa.







## Plano de Sessão de Formação – Transferências

Contexto da Ação	Curso de Formação para Profissionais de Saúde da UCCI – Ciclo de Boas Práticas
Âmbito da Ação	Ação de Sensibilização sobre Transferências
Duração da Ação	45 minutos
Data da Sessão	03/10/2023
Local da Formação	Piso 2 da Unidade
Formadores	EEER [REDACTED] e Estudantes de Mestrado de EEER Joana Coelho e Joana Mestre
Destinatários	Auxiliares de Ação de Médica
Características dos Destinatários	Auxiliares de Ação Médica da Unidade que realizam turnos rotativos e prestação cuidados diretos aos utentes.
Objetivos da Sessão	Explicar os princípios da mecânica corporal; Explicar as técnicas de transferências em segurança; Mostrar os produtos de apoio existentes na unidade e o modo de utilização; Sensibilizar para a prevenção de lesões músculo-esqueléticas.
Descrição da Ação	Explicar os princípios da mecânica corporal e o que são lesões músculo-esqueléticas; Explicar as diferentes técnicas de transferência; demonstrar os produtos de apoio existentes na unidade (tábua de transferência, cinto de transferência, disco de transferência, lençol tubular de transferência, elevador de transferência elétrico) e qual o seu modo de utilização; Após a demonstração, realizar momentos de role play para que os auxiliares treinem transferências com e sem produtos de apoio; No final da ação rever os conteúdos abordados e esclarecer dúvidas.
Tipologia da Ação	Método expositivo, interrogativo e ativo.
Recursos Necessários	Apresentação em <i>power point</i> , computador portátil, cama articulada, lençóis, lençol tubular de transferência, tábua de transferência, elevador elétrico de transferência, disco de transferência e cadeira de rodas.
Resultados Esperados	Que os auxiliares conheçam os produtos de apoio para as transferências, existentes na unidade, e que saibam quais as situações que os devem utilizar, e que realizem as transferências em segurança, para o utente e para os próprios.



## SENTAR CORRETAMENTE



FAZER PAUSAS A CADA 30 MINUTOS

DISTÂNCIA ADEQUADA ENTRE CADEIRA E A MESA

ALTURA CORRETA DE MESA



ASSENTO PROFUNDO PARA SUPORTAR AS COXAS

TORNOZELOS, JOELHOS E COXA A 90º

PÉS APOIADOS NO CHÃO



PARA MAIS INFORMAÇÕES CONSULTE:

## POSTURA IDEAL AO COMPUTADOR



QUANTO MAIS TEMPO  
EM FRENTE AO COMPUTADOR



MAIOR RISCO  
DE PROBLEMAS MUSCULARES



AMBIENTE  
ILUMINADO

MONITOR AO NÍVEL DOS OLHOS  
DISTÂNCIA DO MONITOR 50-70 CM

ALTURA DA CADEIRA

TECLADO E RATO  
ADEQUADOS

ALTURA DA MESA

PÉS APOIADOS NO CHÃO

FAZER PAUSAS REGULARES 20-30MINUTOS E  
EXERCÍCIOS DE ALONGAMENTOS A CADA 30 MIN



PARA MAIS INFORMAÇÕES CONSULTE:

## ADEQUAR MOCHILA



A MINHA  
MOCHILA PESA:

O MEU  
PESO:

Durante o seu desenvolvimento, a criança passa por  
várias fases de crescimento e desenvolve:

EQUILÍBRIO

COORDENAÇÃO

POSTURA

A sobrecarga da mochila e o transporte incorreto podem causar alterações nos  
músculos, ossos e no crescimento normal da coluna vertebral.



O PESO DA MOCHILA  
NÃO DEVE ULTRAPASSAR

10%

A  
15%

DO PESO CORPORAL  
DA CRIANÇA



MOCHILAS PESADAS

Aumentam a inclinação da cabeça.

Aumentam a má postura das costas.

Aumentam o desconforto.



Peso



Tamanho



Tipo de Alças



Suporte de Cintura

### EVITAR:



USO DE APENAS UMA ALÇA DA MOCHILA.

USO DA MOCHILA ABAIXO DA CINTURA.

USO DE ALÇAS NO TAMANHO DESADEQUADO.

### CHECKLIST DE PREPARAÇÃO DA MOCHILA:

- ✓ PESO A 10% DO PESO DA CRIANÇA
- ✓ POSIÇÃO ELEVADA DA MOCHILA ACIMA DA CINTURA
- ✓ USO DA MOCHILA EM AMBOS OS OMBROS
- ✓ ALÇAS E MOCHILA ACOLCHOADAS
- ✓ UTILIZAÇÃO DE CACIFOS OU ARMÁRIOS
- ✓ COLOCAR MATERIAL PESADO JUNTO ÀS COSTAS.



PARA MAIS INFORMAÇÕES CONSULTE:



## MANUSEAR O TELEMÓVEL

A saúde escolar, em crianças e jovens, tem sido alvo de preocupação por parte da comunidade científica pelo mundo, devido às alterações da **postura e dores no pescoço e costas**.

As crianças mexem nos telemóveis, com a **cabeça inclinada para frente** para ler, jogar e enviar mensagens mais de

**5 A 7 HORAS POR DIA**



A utilização precoce e inadequada de telemóveis, tablets, ou outros dispositivos portáteis, pode provocar **SÍNDROME "TEXT NECK"**.



**↑ QUANTO MAIOR**  
A INCLINAÇÃO DO PESCOÇO

**↑ MAIOR**  
PESO DA CABEÇA SOBRE AS COSTAS



A inclinação **frequente** para frente pode alterar **músculos e ossos** e causar **DOR**.

## EDUCAÇÃO POSTURAL

É importante mudar maus hábitos para hábitos saudáveis de modo a prevenir dores nos músculos e nos ossos. E como podemos prevenir?

- 1 Evitar o uso excessivo e fazer pausas frequentes! 5 minutos por cada 20 minutos de utilização.
- 2 Manter uma boa postura e alternar de posição frequentemente, sentado e de pé.
- 3 Posicionar o dispositivo de forma a reduzir as tensões no pescoço e nos ombros.
- 4 Posicionar o dispositivo de forma a reduzir as tensões no pescoço e nos ombros.
- 5 Evitar movimentos repetitivos, como escrever no telemóvel ou deslizar prolongado.
- 6 Evitar segurar dispositivos grandes ou pesados com uma das mãos por longos períodos.

## EXERCÍCIOS PESCOÇO E OMBROS



TOCAR COM A ORELHA NO OMBRO.



RODAR A CABEÇA PARA ESQUERDA E PARA A DIREITA.



RODAR A CABEÇA 360°.

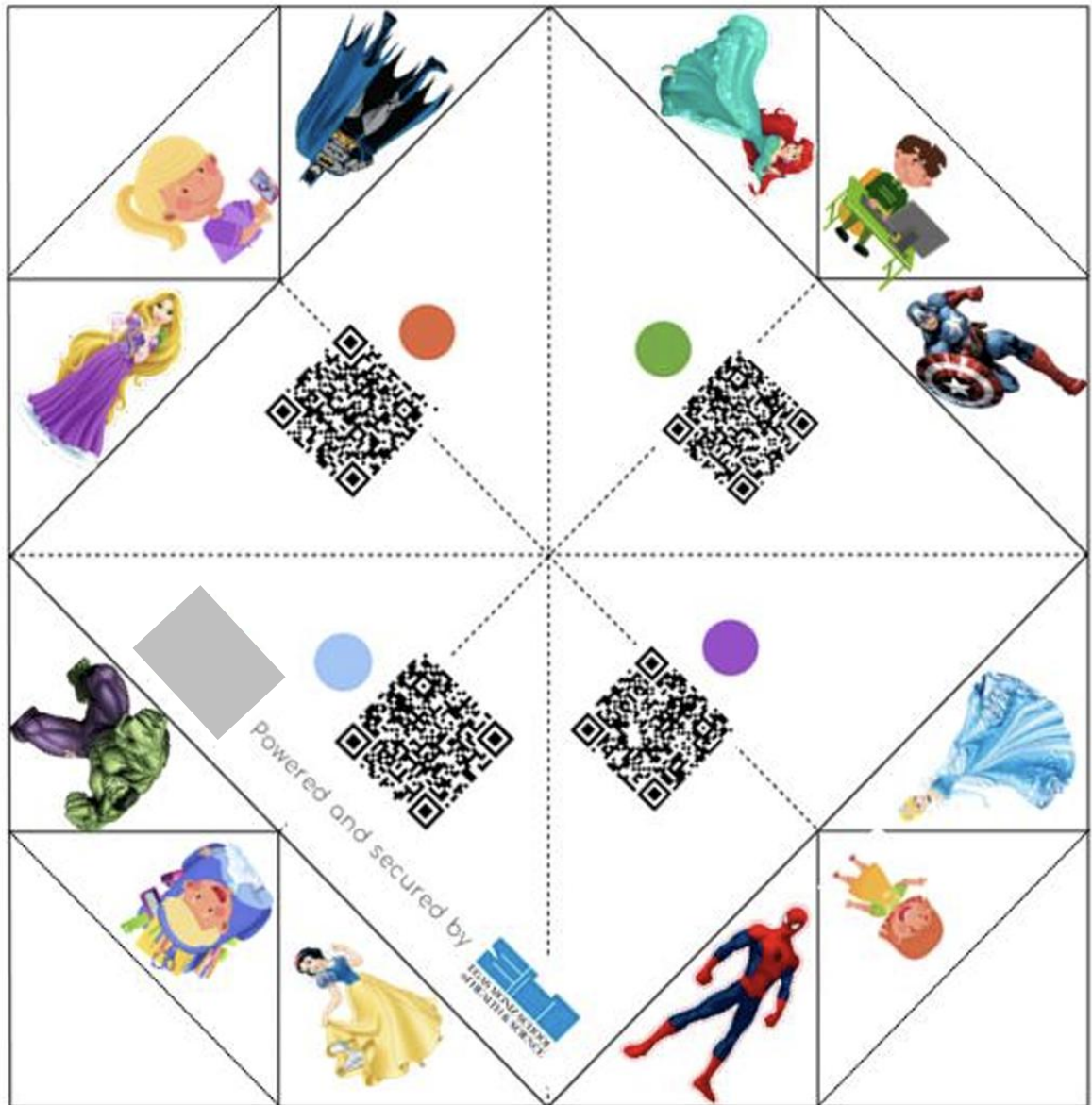


LEVANTAR E BAIXAR OS BRAÇOS.



PARA MAIS INFORMAÇÕES CONSULTE:







EGAS MONIZ SCHOOL  
of HEALTH & SCIENCE

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
EGAS MONIZ

**APÊNDICE 6.14. Poster divulgado nas IV Jornadas Científicas da Egas Moniz School of Health & Science - "A intervenção do EEER na pessoa com incontinência após AVC"**

# A intervenção do EEER na pessoa com incontinência após AVC

Joana Coeiro<sup>1,3</sup>; Gonçalo Rosa<sup>2,4</sup>

1 – Hospital Garcia de Orta, EPE - Serviço de Neurologia/Unidade de AVC; 2- Hospital Garcia de Orta – Serviço de Medicina I; 3 – Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, Egas Moniz Center for Interdisciplinary Research (CiEM); Egas Moniz School of Health & Science, 2829-511 Caparica, Almada, Portugal; 4 – Docente na Egas Moniz Center for Interdisciplinary Research (CiEM); Egas Moniz School of Health & Science, 2829-511 Caparica, Almada, Portugal.

## Introdução

O acidente vascular cerebral (AVC) é a segunda causa de morte e a principal causa de morbilidade e incapacidade a nível mundial <sup>14</sup>. A incontinência encontra-se relatada como uma das complicações frequentes após o AVC e detém grande impacto na qualidade de vida da pessoa, levando frequentemente a depressão, ansiedade e isolamento social <sup>8,12,15</sup>. A prevalência desta complicação estima-se entre os 40% - 60%, na incontinência urinária <sup>4,9</sup> e os 30%-40% na incontinência intestinal <sup>3</sup>, após AVC, e está associada a níveis mais elevados de mortalidade e morbilidade, sendo reconhecida como uma das principais causas que levam à institucionalização de idosos <sup>11</sup>. Traduzindo-se como um fator desfavorável à independência funcional da pessoa sendo importante a sua recuperação, na qual o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) tem a oportunidade de intervir.

## Metodologia

### Revisão Scoping

(sob as orientações do Joanna Briggs Institute<sup>6</sup>)

### Objetivo

Identificar as intervenções do EEER na pessoa com incontinência após AVC.

### Questão de Investigação

Quais são as intervenções do EEER na pessoa com incontinência, após AVC?

### Descritores

Incontinence, Stroke e Rehabilitation (validados no DeCS/MeSH).

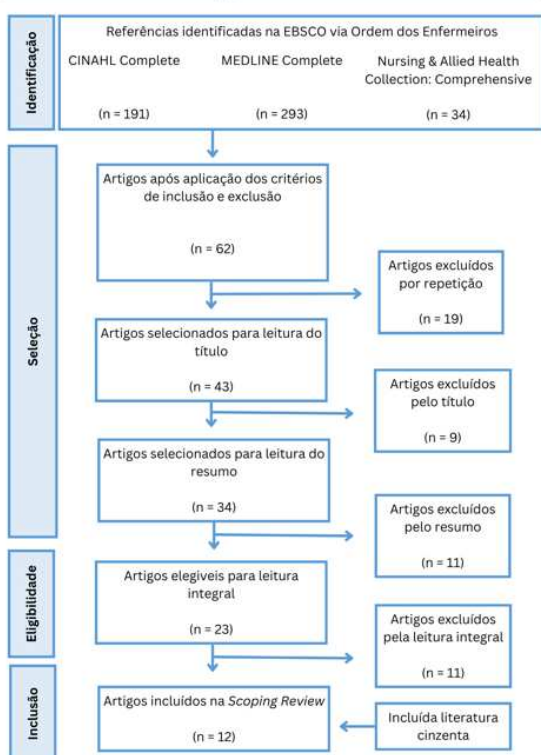
### Critérios de Inclusão

Artigos em *Full-text*, publicados entre 2013-2023, que abordassem intervenções de reabilitação promotoras de continência, na população adulta após AVC, com incontinência urinária e intestinal.

### Critérios de Exclusão

Artigos fora do âmbito da questão de investigação, redigidos em outros idiomas que não inglês e português. Fontes como posters, dissertações e teses de mestrado.

## Fluxograma PRISMA



## Resultados/Discussão: Intervenções do EEER

A literatura demonstra-nos uma variedade de intervenções de reabilitação promotoras da continência, sendo possível agrupar as mesmas em 4 grupos:



➤ **Exercícios de reforço dos músculos do pavimento pélvico (MPP)** <sup>1,2,4,8,9,12,13,15,16</sup>,



➤ **Modificações comportamentais:**



↳ Treino esfinteriano (micção dupla, supressão da urgência e contração dos MPP) <sup>4,12</sup>;



↳ Treino de hábitos miccionais com programação da micção <sup>2,3,4,5,8,9,12,13,15,16</sup>;



↳ Gestão da ingestão hídrica e dieta <sup>3,4,5,7,8,12,15,16</sup>;



↳ Diário Miccional e/ou intestinal <sup>2,3,6,12</sup>;



↳ Treino intestinal (rotina, recurso ao reflexo gastrocólico, posicionamento correto, privacidade) <sup>3,7</sup>;



➤ **Intervenções associadas a técnicas/produtos de apoio:**



↳ Utilização de cones vaginais (com peso) <sup>1,15</sup>;



↳ Electroestimulação dos MPP <sup>1,13</sup>;



↳ Estimulação Magnética Transcraniana repetitiva <sup>9</sup>;



↳ Utilização de Biofeedback <sup>13,15</sup> e Bladder Scan <sup>12,16</sup>;



↳ Cateterismo Vesical Intermitente <sup>3,5,6,8,12</sup>;



↳ Aplicação do SCAMP (Avaliação Estruturada da Continência e Plano de Gestão) <sup>12</sup>;



↳ Terapêutica (interdisciplinar) <sup>2,3,6,7,8,9,12,13,15</sup>;

➤ **Intervenções relacionadas com ensinos, comunicação e sensibilização:**



↳ Ensinos à pessoa com incontinência e à família/cuidador <sup>2,3,6,13</sup>;



↳ Sensibilização dos profissionais de saúde <sup>6,11</sup>.

## Conclusão

A intervenção do EEER na reabilitação da pessoa com incontinência, após AVC, centrar-se, em intervenções de modificação comportamental e exercícios de fortalecimento muscular, uma vez que são de cariz autónomo e têm como objetivo reduzir o número e a intensidade da ocorrência de episódios de incontinência, não condicionam a realização de outros tratamentos, e enquadram-se na primeira linha de tratamentos à pessoa com incontinência.

Relativamente à pesquisa bibliográfica, denota-se que existe uma lacuna grave de estudos na área da incontinência, após AVC, tanto ao nível da incontinência urinária, como ao nível da incontinência intestinal, sendo mais evidente nesta última. Outra limitação é que grande parte dos estudos encontrados sobre a temática trabalhada, descrevem o impacto da incontinência, mas raramente a relacionam com intervenções de reabilitação.

### Referências Bibliográficas









EGAS MONIZ SCHOOL  
of HEALTH & SCIENCE

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
EGAS MONIZ

## **7. ANEXOS**



EGAS MONIZ SCHOOL  
of HEALTH & SCIENCE

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
EGAS MONIZ

**ANEXO 7.1. Certificado de participação - Módulo "*Stroke and Incontinence*" da  
*Continance Foundation of Australia***



# *Certificate of Achievement*

This is to certify that

**Joana Coelho**

has successfully completed

**I-SCC-SIC Stroke and Incontinence Module**

on

**January 7, 2024**

**Rowan Cockerell**  
Chief Executive Officer

**Elizabeth Compton**  
Board Chair



