



EGAS MONIZ SCHOOL  
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
EGAS MONIZ

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE  
REABILITAÇÃO**

Relatório de Estágio

**PROMOÇÃO DO ANDAR NA PESSOA APÓS ACIDENTE  
VASCULAR CEREBRAL: INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO  
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

**GAIT PROMOTION IN PEOPLE WITH STROKE: THE  
INTERVENTION OF THE SPECIALIST NURSE IN  
REHABILITATION NURSING**

Joana Rita De Assis Teodoro

Almada

2024



EGAS MONIZ SCHOOL  
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
EGAS MONIZ

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE  
REABILITAÇÃO**

Relatório de Estágio

**PROMOÇÃO DO ANDAR NA PESSOA APÓS ACIDENTE  
VASCULAR CEREBRAL: INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO  
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

**GAIT PROMOTION IN PEOPLE WITH STROKE: THE  
INTERVENTION OF THE SPECIALIST NURSE IN  
REHABILITATION NURSING**

**Joana Rita De Assis Teodoro**

**Orientador: Professor Doutor Júlio Belo Fernandes**

**Almada**

**2024**

***"A enfermagem diferencia-se dos outros serviços humanos pela forma como ela focaliza os seres humanos".***

Dorothea Orem (s.d)



## **AGRADECIMENTOS**

Este percurso académico não se faz sem apoio, apoio esse que é fundamental em cada dificuldade sentida.

Em primeiro lugar, agradeço aos meus pais, Beatriz e Vítor, por todo o amor, apoio emocional e encorajamento constante na vida.

Aos meus padrinhos, Adelaide e Manuel, pelo amor, por toda a paciência, compreensão e apoio emocional constante na vida.

Ao António, pelo amor, carinho, paciência e apoio incondicional diário.

Ao Professor Doutor Júlio Fernandes, pelo seu apoio, orientação e motivação ao longo deste percurso. A sua partilha de conhecimentos e experiências, a sua disponibilidade infindável para esclarecer e ensinar, e o constante incentivo para “fazer mais e melhor”, foi essencial neste processo de aprendizagem.

Aos meus colegas de curso, a colaboração e a camaradagem em estágio. A troca de conhecimentos e o trabalho em equipa foram enriquecedores neste percurso de aprendizagem conjunto. Em especial, agradeço à Joana Afonso e à Júlia Saraiva, colegas de curso e amigas especiais. Por toda a amizade, companheirismo, apoio contante nos momentos mais difíceis e partilha de momentos animados.

Aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação responsáveis pela orientação de estágio e a outros não responsáveis, pela partilha de conhecimentos e experiências na área da reabilitação, pela orientação e disponibilidade para esclarecer e ensinar durante o período de estágio. Foram cruciais para o desenvolvimento das minhas competências diferenciadas.

Ao Enfermeiro David Peças, pelo incentivo de abraçar novas experiências e adquirir novos conhecimentos e pela facilitação de horário nos períodos mais atribulados.

Este percurso de aprendizagem não seria possível sem os utentes, que se disponibilizaram e participaram ativamente no programa de reabilitação proposto. A motivação pessoal, o empenho diário e a participação nas atividades, foram valiosos para o sucesso do estágio e obtenção de resultados positivos em saúde.

**A todos vós o meu sincero obrigado.**

## **DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE**

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

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

3D- Tridimensional

ABVD- Atividades Básicas de Vida Diária

AIVD- Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVC- Acidente Vascular Cerebral

AVD- Atividades de Vida Diária

CDE- Código Deontológico do Enfermeiro

CIE- Conselho Internacional dos Enfermeiros

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS- Direção-Geral da Saúde

EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

GBD- Global Burden of Disease

HIC- Hemorragia intracerebral

HSA- Hemorragia subaracnóidea

LMERT- Lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho

MRC- Medical Research Council

NC- Neurocirurgia

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

PEG- Gastrostomia endoscópica percutânea

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SPO<sub>2</sub>- Saturações periféricas de oxigénio

Sr.- Senhor

TDAE- Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

UCCI- Unidade de Cuidados Continuados Integrados

WHO- World Health Organization



## RESUMO

Neste percurso académico pretende-se desenvolver as competências diferenciadas para a obtenção do grau de Mestre e o título profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, mediante estágio profissional, durante o qual a estudante deve demonstrar a aquisição e desenvolvimento das capacidades e conhecimentos necessários ao exercício profissional.

Primeiramente, elaborou-se um projeto de estágio no qual se planearam estratégias e atividades a desenvolver, tendo por base o problema previamente identificado que assenta na área de interesse, as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção do andar na pessoa após Acidente Vascular Cerebral.

Sendo uma doença cada vez mais prevalente na atualidade e a principal causa de hospitalização por doença neurológica, provoca défices motores e sensoriais que afetam a capacidade de andar, limitação preditora da incapacidade de desempenhar as atividades de vida diária e a participação social. Desta forma, os cuidados de reabilitação desempenham um papel fundamental na recuperação da função motora, visando melhorar a independência funcional e o bem-estar geral.

Através da realização deste relatório pretende-se descrever e analisar as atividades desenvolvidas ao longo do estágio, com o propósito de minimizar ao máximo o problema identificado previamente, às quais possibilitam o desenvolvimento de competências recomendadas nos descritores de *Dublin* para o segundo ciclo de ensino, conferindo o grau de Mestre em concordância com as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros, para a atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Utilizou-se como referência teórica para fundamentar a prática dos cuidados, a Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem. As intervenções desenvolvidas são baseadas na teoria, com o objetivo de melhorar as capacidades funcionais, promovendo o máximo de independência nas atividades de vida diária e qualidade de vida.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação; Andar; Marcha; Acidente Vascular Cerebral.

## **ABSTRACT**

This academic journey aims to develop differentiated competencies for obtaining a master's degree and the professional title of Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing through an internship. During this internship, the student must demonstrate the acquisition and development of the skills and knowledge necessary for professional practice.

Firstly, an internship project was drawn up in which strategies and activities to be developed were planned based on the previously identified problem, which is based on the area of interest - Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing interventions to promote gait in stroke survivors.

Being an increasingly prevalent disease and the main cause of hospitalization due to neurological illness, it causes motor and sensory deficits that affect gait, a limitation that predicts the inability to perform activities of daily living and social participation. In this way, rehabilitation plays a fundamental role in restoring motor function to improve functional independence and well-being.

This report aims to describe and analyze the activities carried out during the internship to minimize this problem, which enabled the development of the competencies recommended in the Dublin descriptors for the second cycle of teaching, conferring a Master's degree under the competencies defined by the Order of Nurses for the award of the professional title of Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing.

Dorothea Orem's Self-Care Deficit Theory was used as the theoretical reference to support the care practice. The interventions developed are based on this theory and aim to improve functional capacities and promote maximum independence in activities of daily living and quality of life.

**Keywords:** Rehabilitation Nursing; Walking; Gait; Stroke.

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	12
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	14
1.1. FISIOPATOLOGIA DO AVC .....	14
1.2. AVC NA ATUALIDADE.....	14
1.3. O ANDAR .....	16
1.4. INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DO ANDAR NA PESSOA APÓS AVC .....	17
1.5. TEORIA DO DÉFICE DE AUTOCUIDADO DE ENFERMAGEM.....	24
2. DESCRIÇÃO, ANÁLISE E REFLEXÃO DE ATIVIDADES .....	28
2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	28
2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal .....	29
2.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade .....	32
2.1.3. Domínio da gestão dos cuidados .....	35
2.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais .....	39
2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO .....	41
2.2.1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados .....	42
2.2.2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania .....	51
2.2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.....	55
CONCLUSÃO .....	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	63
APÊNDICES	
APÊNDICE 1: PROJETO DE ESTÁGIO	
APÊNDICE 2: PROTOCOLO DE REVISÃO <i>SCOPING</i>	
APÊNDICE 3: REFERENCIAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	



APÊNDICE 4: SESSÃO DE FORMAÇÃO - PREVENÇÃO DAS LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

APÊNDICE 5: FOLHETO INFORMATIVO - PREVENÇÃO DE LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

APÊNDICE 6: PÓSTER - PREVENÇÃO DE LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

APÊNDICE 7: PÓSTER - PROGRAMA DE GINÁSTICA LABORAL

APÊNDICE 8: JOGO QUANTOS QUERES

APÊNDICE 9: FOLHETO INFORMATIVO - O PESO DAS MOCHILAS E EDUCAÇÃO POSTURAL DAS CRIANÇAS

APÊNDICE 10: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DO PROJETO DE REABILITAÇÃO EM ORTOPEDIA

APÊNDICE 11: NORMA DE PROCEDIMENTO HOSPITALAR - CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM EQUILÍBRIO CORPORAL COMPROMETIDO

APÊNDICE 12: SESSÃO DE FORMAÇÃO DA NORMA DE PROCEDIMENTO HOSPITALAR - CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM EQUILÍBRIO CORPORAL COMPROMETIDO

APÊNDICE 13: PÓSTER - EXERCÍCIOS DE REEDUCAÇÃO DO EQUILÍBRIO CORPORAL

APÊNDICE 14: ESTUDO DE CASO - PESSOA COM ALTERAÇÃO CEREBRAL EM BUSCA DA RECUPERAÇÃO DA MARCHA

APÊNDICE 15: ESTUDO DE CASO - MARCHA AUTÓNOMA E SEGURA NA PESSOA APÓS AVC

APÊNDICE 16: PÓSTER DE REVISÃO *SCOPING* - INTERVENÇÕES DO EEER QUE PROMOVEM A MARCHA NA PESSOA APÓS AVC

#### ANEXOS

ANEXO 1: CERTIFICADO - PUBLICAÇÃO DE ARTIGO CIENTÍFICO

ANEXO 2: CERTIFICADO - PARTICIPAÇÃO NA COMISSÃO ORGANIZADORA DO PRIMEIRO WEBINAR E ENCONTRO DIGITAL

ANEXO 3: CERTIFICADO - PÓSTER SOBRE PREVENÇÃO DE LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

ANEXO 4: CERTIFICADO - PÓSTER SOBRE PROGRAMA DE GINÁSTICA LABORAL

ANEXO 5: CERTIFICADO - PÓSTER SOBRE EXERCÍCIOS DE REEDUCAÇÃO DO EQUILÍBRIO CORPORAL

ANEXO 6: CERTIFICADO - PRELETOR DA NORMA DE PROCEDIMENTO HOSPITALAR

ANEXO 7: CERTIFICADO - CURSO AVANÇADO DE MASSAGEM TERAPÊUTICA E APLICAÇÃO DE BANDAS NEUROMUSCULARES

ANEXO 8: CERTIFICADO - PARTICIPAÇÃO NO II SEMINÁRIO SOBRE A TERAPIA DE ESTIMULAÇÃO MULTISSENSORIAL

## INTRODUÇÃO

O desenvolvimento do Relatório de Estágio intitulado “Promoção do andar na pessoa após Acidente Vascular Cerebral (AVC): Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER)”, surgiu como elemento de avaliação da unidade curricular de Estágio e Relatório, referente ao Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

O relatório de estágio corresponde à descrição das atividades desenvolvidas durante o estágio, serve de instrumento de avaliação dos processos de aprendizagem e de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista e constitui a continuidade do projeto de estágio (APÊNDICE 1), elaborado na unidade curricular de Estágio (Ordem dos Enfermeiros [OE] 2021).

Esse pretende nomear e analisar as competências que descrevem os conhecimentos e práticas de cuidados de enfermagem, definidas para a atribuição do título profissional de EEER, desenvolvidas ao longo do período de estágio, interligando-as com os descritores de *Dublin* para o segundo ciclo de ensino, permitindo a obtenção do grau de Mestre, mediante a demonstração da capacidade de integração dos conhecimentos, aplicação crítica, reflexão sobre as responsabilidades, capacidade de comunicação clara e objetiva de apreciações, dos conhecimentos e raciocínios implícitos (OE, 2021).

O tema escolhido para desenvolvimento de projeto foi a promoção do andar na pessoa após AVC, que envolve alterações da função motora, área de intervenção muito prioritária para a enfermagem de reabilitação (OE, 2014). Além disso, o tema vai ao encontro das preferências pessoais de aprofundar mais conhecimentos sobre a doença em causa.

O AVC é uma doença cada vez mais prevalente, considerada a principal causa de hospitalização por doença neurológica, a segunda principal causa de morte e a terceira causa de incapacidade a nível mundial (Feigin et al., 2022). Estima-se que uma em cada quatro pessoas corre o risco de sofrer um AVC ao longo da vida (World Health Organization [WHO], 2021b). Cerca de 50% das pessoas ficam incapacitadas a longo prazo e um terço precisam de ajuda de terceiros para a realização das Atividades de Vida Diária (AVD), devido aos défices motores e sensoriais que as afetam, com especial foco no andar, limitação preditora da incapacidade de desempenhar as AVD, contribuindo para a diminuição da qualidade de vida (Atalan et al., 2021; Hatem et al., 2016; Tavares et al., 2022; Tsao et al., 2022). Assim, os cuidados de reabilitação são fundamentais na recuperação da função motora em pessoas com AVC.

A Enfermagem de Reabilitação compreende um conjunto de conhecimentos diferenciados e procedimentos específicos que permitem obter ganhos em saúde nos

contextos da sua prática (OE, 2018). O EEER destaca-se profissionalmente através do elevado nível de conhecimentos e capacidade acrescida que lhe permitem tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação, melhorando o potencial da pessoa que cuida (Regulamento n.º 392/2019).

Neste sentido, no decorrer do estágio foram delineados dois objetivos gerais, “Desenvolver as competências de intervenção do EEER nas áreas da função cardíaca, respiratória, motora, sensorial e cognitiva, alimentação, eliminação vesical e intestinal, e sexualidade”, e “Desenvolver as competências de intervenção do EEER que promovem o andar na pessoa após AVC”.

A Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem (TDAE) de Dorothea Orem, fundamenta a importância das intervenções do EEER na promoção do andar após AVC. O conceito central da TDAE define o autocuidado como a realização de ações necessárias para proteger, manter e promover o bem-estar pessoal. Esta teoria subdivide-se em três teorias que se relacionam entre si: Teoria do Autocuidado, Teoria do Défice de Autocuidado e Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Orem, 2001). A intervenção do EEER, alinhada a estes princípios teóricos, torna-se fundamental na recuperação do andar, promovendo a autonomia nos autocuidados e fortalecendo a autoestima e qualidade de vida.

O estágio decorreu ao longo de dois semestres, em quatro contextos de prática clínica. Em Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) - Equipa de Cuidados Continuados Integrados e em projeto de intervenção escolar, no distrito de setúbal, Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), no distrito de Lisboa, em contexto hospitalar no serviço de Ortopedia, no distrito de Lisboa, e no serviço de Neurocirurgia (NC), no distrito de setúbal. A primeira fase decorreu de 15 de maio a 28 de julho de 2023 e a segunda fase de 11 de setembro a 14 de janeiro de 2024.

Relativamente à estrutura do relatório de estágio, após a introdução, apresenta-se o enquadramento teórico, onde serão expostos os principais conceitos e é fundamentada a escolha do tema, enquadrando as intervenções do EEER e a TDAE. Posteriormente, descreve-se, analisa-se e reflete-se sobre as atividades executadas e como contribuíram para o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER. Termina-se a parte textual com a conclusão onde são apresentadas as considerações finais e é realizada uma análise do percurso desenvolvido. Por fim, apresentam-se as referências bibliográficas utilizadas e expõem-se os apêndices e anexos que contribuíram para a realização do percurso efetuado.

A elaboração do relatório está conforme o acordo ortográfico da língua portuguesa e seguirá as orientações da norma da 7ª Edição da American Psychological Association (Lee et al., 2019).

## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

No sentido de aprofundar conhecimentos, existiu a necessidade de explorar temas que são fundamentais à adequação e desenvolvimento das intervenções do EEER na temática escolhida.

### 1.1. FISIOPATOLOGIA DO AVC

O AVC corresponde ao compromisso neurológico focal, ou às vezes global, de ocorrência súbita e duração de mais de 24 horas, ou que causa morte, com provável origem vascular (WHO, 2005).

O AVC isquémico representa 62,4% de todos os AVC ocorridos em 2019 (Global Burden of Disease [GBD] 2019 Stroke Collaborators, 2021). Traduz-se pela oclusão transitória ou permanente dos vasos cerebrais, ou seja, existe a interrupção da circulação sanguínea através da formação de um coágulo no vaso (WHO, 2021b; Zhao et al., 2022). É considerado o tipo de AVC mais frequente, que provoca danos cerebrais permanentes e défices funcionais dos neurónios (Zhao et al., 2022).

O AVC hemorrágico consiste na interrupção da irrigação cerebral, provocada pela rutura de um vaso sanguíneo, causando uma hemorragia (WHO, 2021b). Pode ser subdividido em hemorragia intracerebral (HIC) e hemorragia subaracnóidea (HSA). A HIC representa 27,9% dos casos globais em 2019, ocorre quando existe a rotura de uma artéria cerebral e provoca hemorragia no parênquima cerebral (GBD 2019 Stroke Collaborators, 2021). A HSA ocorre no espaço subaracnoídeo e representa 9,7% dos casos registados em 2019 (GBD 2019 Stroke Collaborators, 2021; Unnithan & Mehta, 2022).

De um modo geral, o AVC é uma doença causada por múltiplos fatores que podem ser modificáveis ou não modificáveis. Os fatores de risco modificáveis mais significativos são a hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, tabagismo, dislipidemia, obesidade, sedentarismo e consumo de álcool (Guzik & Bushnell, 2017; WHO, 2021a). Os fatores de risco não modificáveis são a idade, o sexo e raça/etnia (Abbas et al., 2023).

### 1.2. AVC NA ATUALIDADE

O AVC é a segunda principal causa de morte e a terceira causa de incapacidade a nível mundial (Feigin et al., 2022). Em 2019, morreram seis milhões e meio de pessoas por

AVC, registando-se uma incidência de 12,3 milhões de novos casos por ano e uma prevalência de 101 milhões de pessoas (GBD 2019 Stroke Collaborators, 2021).

Em 2021, a nível nacional, o número de óbitos por ocorrência de AVC foi de 9 613, representando 7,7% da mortalidade. Estes resultados refletem uma descida de 1,5% em relação ao ano anterior (Instituto Nacional de Estatística, 2024). Ainda assim, estima-se que uma em cada quatro pessoas corre o risco de sofrer um AVC ao longo da vida (WHO, 2021b).

Em Portugal, o AVC é um dos principais problemas de saúde de elevada magnitude, quer em termos de registo de mortalidade, quer em registo de doença e incapacidade. A prevenção de complicações e agudização de doenças crónicas é essencial através da prática dos cuidados de reabilitação, bem como a adaptação e apoio das famílias que se deparam com uma realidade díspar da que conheciam anteriormente à ocorrência do AVC (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2022).

As sequelas do AVC deixam as pessoas incapacitadas na sua autonomia<sup>1</sup> e funcionalidade<sup>2</sup>, deixando-as dependentes de outrem. A incapacidade<sup>3</sup> depende do número e da gravidade das comorbilidades que limitam a pessoa no dia a dia (Pontes, 2017).

Um estudo envolvendo 487 pessoas com AVC, demonstrou que aproximadamente metade apresentou diminuição da força ao nível dos membros inferiores (Louie et al., 2022).

Cerca de metade das pessoas com AVC apresentam compromisso do equilíbrio, o que impossibilita o andar, manifestando alteração da velocidade da marcha, conduzindo ao aumento do risco de queda (Khan & Chevidikunnan, 2021; Balaban & Tok, 2014). Estima-se que um terço das pessoas com AVC não consegue andar de forma independente após seis meses (Corbetta et al., 2015; Frontera et al., 2019). A incapacidade motora é uma das principais causas da diminuição do desempenho das AVD em pessoas após AVC, para as quais precisam de cuidados de reabilitação personalizados com vista à maximização da funcionalidade (Frontera et al., 2019; Gittins et al, 2021; Kim, 2022). É crucial iniciar o processo de reabilitação o mais precoce possível, implementando nos primeiros 3 a 6 meses após AVC, uma abordagem restauradora que promova a plasticidade cerebral e a regeneração de neurónios (Frontera et al., 2019).

---

<sup>1</sup> Direito da pessoa: status de auto governação e auto-orientação (Conselho Internacional dos Enfermeiros [CIE], 2019);

<sup>2</sup> "Termo que engloba todas as funções do corpo, atividades e participação" (OMS & DGS, 2004, p. 7).

<sup>3</sup> Diminuição ou ausência de aptidão ou capacidade física ou mental (CIE, 2019).

### 1.3. O ANDAR

A mobilidade é vista como implícita na existência de cada pessoa, sendo determinante na forma como se concretizam os projetos de saúde que devem ser vividos de forma harmoniosa e saudável (OE, 2013).

Tendo por base a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, andar significa "*mover-se de pé sobre uma superfície, passo a passo, de modo que um pé esteja sempre no chão, como quando se passeia, caminha lentamente, anda para a frente, para trás ou para o lado. Inclui: andar distâncias curtas e longas; andar sobre superfícies diferentes; andar evitando os obstáculos*" (Organização Mundial de Saúde [OMS] & DGS, 2004, p. 128).

Por outro lado, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) acrescenta que andar implica "*Mobilizar: movimento do corpo de um lugar para outro, movendo as pernas passo a passo; capacidade para sustentar o peso do corpo e andar com uma marcha eficaz, com velocidades que vão de lenta a moderada ou rápida; subir ou descer escadas e rampas*" (CIE, 2019).

Para que a pessoa consiga andar corretamente, implica que tenha uma marcha eficaz, porque esta é considerada uma componente que não se dissocia do andar, complementa-o. A técnica de marcha é entendida como uma "*Técnica: mudar ou mover o corpo de um lugar para o outro*" (CIE, 2019).

As AVD estão diretamente relacionadas com o autocuidado, que segundo a CIPE é toda a "*atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as AVD*" (CIE, 2019). Estas atividades englobam seis atividades básicas de vida diária (ABVD): Higiene pessoal; Controlo da eliminação vesical e intestinal e uso dos sanitários; Vestuário; Alimentação; Locomoção; Transferência (Parecer n. 012/2011).

Estudos comprovam que a velocidade de marcha mais lenta é um preditor de quedas, dependência e incapacidade para realizar eficazmente as ABVD e as atividades instrumentais de vida diária (AIVD), que dizem respeito à capacidade da pessoa para lidar com o seu ambiente em termos de tarefas adaptativas como fazer compras, cozinhar, cuidar da casa, lavar a roupa, utilizar os transportes, gerir o dinheiro, gerir a medicação e o uso do telefone (Katz, 1983; Hong et al., 2016).

Pessoas com maior dependência nas AVD são mais propensas a serem dependentes nas AIVD, pois para a realização destas atividades é exigido um maior grau de mobilidade (Ghaffari et al., 2021). Este facto vem reforçar a importância do treino de aptidões e dos

programas de cuidados de reabilitação com o propósito de aumentar a funcionalidade após AVC (Parecer n.º 12/2011).

#### 1.4. INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DO ANDAR NA PESSOA APÓS AVC

O EEER "*concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas*" (Regulamento n.º 392/2019, p. 13565). A sua intervenção "*visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades*" (Regulamento n.º 392/2019, p. 13565).

O EEER tem um papel fundamental no ganho de autonomia no andar da pessoa após AVC. No sentido de evidenciar o contributo do EEER nesta área de intervenção, foi elaborada uma revisão *scoping* que permitiu identificar as tendências atuais da reabilitação da marcha na pessoa após AVC, cujo protocolo pode ser consultado em apêndice (APÊNDICE 2). Os resultados obtidos permitem identificar diversas intervenções do EEER que foram agrupadas em treze categorias, as quais são apresentadas de seguida.

##### *Andar para trás*

No estudo de Kim et al. (2017), os participantes envolveram-se num programa que combinava o andar para trás em passadeira através de um dispositivo de suspensão com suporte de peso corporal. Verificou-se a redução sistemática do suporte de peso ao longo de quatro semanas, começando com uma redução de 40% na primeira semana e uma redução de 10% nas semanas seguintes. Os participantes mantiveram uma velocidade média de 0,08 a 0,22 metros/segundo, com um incremento de velocidade de 0,1 quilómetros/hora introduzido em cada sessão. Os resultados mostraram que o grupo de intervenção apresentou melhorias em todas as variáveis dependentes na quarta semana, em comparação com o grupo de controlo.

Munari et al. (2020) implementaram uma intervenção semelhante que comparou os efeitos do treino de marcha em passadeira para trás e o treino em passadeira para a frente. Ambos os grupos iniciaram o treino de marcha em passadeira a 60% da sua velocidade de base auto-selecionada sobre o solo, determinada durante a análise do andar, com uma inclinação de 1%. Os resultados mostraram uma melhoria significativa no teste do andar de 10 metros e na avaliação da estabilometria após o tratamento. Notavelmente, foram registadas melhorias superiores no andar e no equilíbrio após o treino em passadeira para trás.

### *Tai Chi*

Yu et al. (2020) realizaram um estudo em que os participantes usaram um arnês ligado a um sistema de suspensão que suportava uma percentagem específica do seu peso corporal. A intervenção baseou-se em sete passos das 24 formas simplificadas de Tai Chi, que incluem passos para a frente, passos para trás, passos cruzados, passos sem peso, passos em avanço, equilíbrio numa perna e rotação. O treino centrou-se nos movimentos dos membros inferiores, dando ênfase à resistência e às deslocações de peso, em vez das ações dos membros superiores. O programa de treino seguiu uma progressão gradual correspondente a uma redução de 40% no suporte do peso corporal durante 12 semanas. Em contrapartida, o grupo de controlo foi submetido a um treino de reabilitação convencional. Os resultados revelaram diferenças significativas entre os grupos nas pontuações relacionadas com o controlo direcional durante o teste de limites de estabilidade. Além disso, o grupo de Tai Chi apresentou pontuações superiores no tempo do ciclo da marcha, comprimento do passo, velocidade do passo e amplitude de movimento das articulações, em comparação com o grupo de controlo.

### *Treino de dupla tarefa*

Saleh et al. (2019) investigaram o impacto do treino de dupla tarefa em contexto aquático e terrestre. O treino consistiu na caminhada em várias direções (para a frente, para os lados e para trás) e manter o equilíbrio numa prancha de equilíbrio, enquanto segurava uma bola e um copo de água. Nos exercícios aquáticos, os participantes realizaram estas tarefas numa piscina, enquanto o grupo terrestre executou a mesma sequência no solo. Ambos os grupos apresentaram melhorias significativas em todas as variáveis após o tratamento, com o grupo de treino aquático a demonstrar resultados superiores na estabilidade geral, estabilidade antero-posterior, estabilidade mediolateral,

velocidade da marcha, comprimento do passo do membro afetado e não afetado e tempo de apoio no membro afetado, em comparação com o grupo de treino terrestre.

Hong et al. (2020) utilizaram um treino de dupla tarefa envolvendo sinais de trânsito. A intervenção incluiu um tapete com pontos de partida e de chegada marcados, monitores com indicações visuais para a tarefa cognitiva e bandas elásticas que controlavam a quantidade de resistência e a dificuldade. Para o grupo de treino da tarefa cognitiva, a tarefa envolvia ficar de pé e mover o membro inferior menos afetado em três direções de flexão da anca com base em sinais de trânsito que se assemelhavam a semáforos projetados em monitores. Três sinais de trânsito representavam as direções e as cores que mudavam de localização aleatoriamente. O treino de equilíbrio cognitivo progrediu em termos de dificuldade: sem banda elástica e com bandas elásticas de diferentes cores, consoante a resistência aplicada. As bandas elásticas foram colocadas à volta do tornozelo do lado menos afetado.

O grupo de controlo efetuou um programa semelhante sem a aplicação da tarefa cognitiva. Foram observadas diferenças significativas em ambos os grupos após a intervenção, tendo o grupo de intervenção melhorado significativamente em todos os parâmetros avaliados.

No estudo de Iqbal et al. (2020), os participantes no grupo de treino de dupla tarefa caminharam para trás, para os lados e para a frente enquanto seguravam um saco de areia de 100 gramas. Além disso, realizaram tarefas como pegar em copos de plástico e colocá-los no chão. O grupo de controlo recebeu terapia convencional, incluindo alongamentos, exercícios de fortalecimento e treino de marcha. As avaliações pós-tratamento revelaram uma melhoria significativa no grupo de treino de dupla tarefa, no andar em distância de 10 metros, na cadência e no comprimento do passo.

#### *Treino de observação da ação e treino de imagética motora*

Kim e Lee (2013) compararam os efeitos do treino de observação da ação e do treino de imagética motora. No grupo do treino de observação da ação, os participantes assistiram a um vídeo de 20 minutos sobre uma tarefa. Seguiram-se 10 minutos de treino físico com um terapeuta com base nos exercícios apresentados no vídeo. O programa de treino, dividiu-se em quatro fases, centrando-se na estabilidade do tronco, na mobilidade, no movimento de sentar para levantar, na deslocação de peso e na melhoria do andar. No grupo de treino de imagética motora, os participantes passaram 20 minutos a utilizar a imagética motora através de um altifalante de computador e 10 minutos de treino físico baseado num programa de imagética motora que espelhava o programa de treino de

observação de ações. Não existiram diferenças significativas entre o grupo de observação de ação e o grupo de imagética motora em nenhuma das medidas avaliadas. Ambos os tipos de treino resultaram em melhorias no equilíbrio dinâmico e na capacidade de marcha.

#### *Biofeedback visual*

Druzicki et al. (2015) avaliaram o impacto do treino de marcha utilizando uma passadeira, comparando os resultados com e sem biofeedback visual. O grupo de intervenção utilizou uma passadeira com visualização em tempo real da colocação dos pés e da área designada para o posicionamento. Em contrapartida, o grupo de controlo foi submetido a um treino em passadeira sem *biofeedback*. Os resultados indicaram que o grupo de intervenção obteve resultados superiores, particularmente na melhoria do ciclo da marcha, na duração das fases da marcha e na velocidade da fase de balanço.

#### *Terapia de vibração*

Choi et al. (2017) exploraram o impacto da vibração de corpo inteiro e do treino em passadeira no desempenho do andar utilizando um vibrador de alternância lateral. A vibração de corpo inteiro envolveu uma frequência máxima de 30 hertz e uma amplitude de 3 milímetros, com uma duração de 45 segundos. Os participantes colocaram-se na plataforma vibratória com os pés paralelos ao eixo, segurando a barra de apoio. Cada sessão era composta por seis exercícios, cada um com a duração de 45 segundos, incluindo deslocações laterais de peso, agachamentos, deslocações de peso ântero-posteriores, *lunges* para a frente, apoio unipodal. O grupo de controlo realizou o mesmo programa de exercícios sem a terapia vibratória. O grupo de terapia vibratória melhorou significativamente a velocidade da marcha, a cadência e os parâmetros temporais. Em contraste, o grupo de controlo apresentou melhorias apenas na velocidade da marcha.

#### *Estimulação elétrica funcional*

Hwang et al. (2015) utilizaram o treino de marcha em passadeira combinado com o sistema de estimulação elétrica funcional. O estimulador eletrónico foi afixado aos nervos peroneal comum e tibial anterior, fornecendo estimulação com base nos ângulos de flexão do joelho durante o andar. O programa *WalkAnalyst* determinou a intensidade ideal do estímulo, seguido de treino de marcha em passadeira. Os resultados evidenciam que o

treino de marcha em passadeira rolante com estimulação elétrica funcional melhora o equilíbrio e o andar.

No estudo de Dujović et al. (2017), o grupo de intervenção utilizou a estimulação elétrica no nervo tibial na fase de pré-balanço e no nervo peroneal comum na fase de balanço, induzindo a flexão plantar e a dorsiflexão da tibiotársica, respetivamente. Os resultados revelaram que a combinação da estimulação elétrica funcional com a reabilitação convencional foi mais eficaz na melhoria da velocidade da marcha, da mobilidade dos membros inferiores, do equilíbrio e das atividades diárias, em comparação com a reabilitação convencional isolada.

Yang et al. (2018) utilizaram estimulação elétrica neuromuscular acionada por eletromiografia com dois elétrodos de superfície visando o gastrocnémio anterior ou medial da tibia. Os participantes realizaram ativamente a dorsiflexão ou a flexão plantar durante as sessões, com base em sinais electromiográficos de contração voluntária máxima. A intensidade do treino variou entre 50 e 0 milivolts para garantir uma amplitude de movimentos completa e confortável. Após os 20 minutos de estimulação, os participantes realizaram 15 minutos de treino de marcha com sugestões verbais que enfatizavam movimentos específicos da tibiotársica. Os resultados evidenciam que a estimulação elétrica neuromuscular em conjunto com o treino de marcha, fortaleceu eficazmente os músculos, reduziu a espasticidade e melhorou o controlo da tibiotársica durante o impulso e o desempenho do andar. Da mesma forma, a utilização de estimulação elétrica neuromuscular nos flexores plantares do tornozelo com treino de marcha afetou positivamente a simetria temporal do andar em pessoas com AVC com insuficiente controlo da tibiotársica.

#### *Estimulação auditiva rítmica*

Cha et al. (2014) utilizaram a estimulação auditiva rítmica em sessões de grupo, incorporando listas de música e um metrónomo adaptado às preferências musicais individuais. Esta sincronização teve como objetivo melhorar a perceção rítmica e alinhar-se com os padrões do andar dos participantes. O treino começou com os participantes a familiarizarem-se com o ritmo da música e a coordenarem os movimentos das mãos e dos pés ao ritmo da batida. Os participantes foram instruídos a caminhar enquanto sincronizavam os seus movimentos com a música e o metrónomo para facilitar uma transição perfeita para passos coordenados. Ao longo das sessões, os participantes realizaram treino de marcha intensivo com estimulação auditiva rítmica. À medida que as sessões de treino avançavam, a dependência da estimulação rítmica foi sistematicamente

reduzida, levando os participantes a praticar o treino intensivo da marcha de forma independente. Os investigadores concluíram que a estimulação auditiva rítmica, melhorou significativamente o equilíbrio e o desempenho do andar dos participantes.

#### *Dispositivos auxiliares de marcha*

Kang et al. (2021) utilizaram uma bengala de *feedback* de suporte de peso, que mediu quantitativamente em tempo real a dependência da bengala durante o andar. A informação de suporte aplicada por cada participante foi disponibilizada no cabo e na aplicação para *smartphone*. Os participantes determinaram uma taxa de suporte de peso com base na dependência da bengala, variando de 60% a 30%, e fizeram ajustes semanais. Um sinal sonoro alertava os participantes se o peso carregado excedesse a taxa predefinida. Com base na medição inicial da dependência da bengala, a taxa de carga de peso diminuiu progressivamente em 10% por semana, de 60% para 30%. Os resultados demonstraram que o grupo que utilizou a bengala de *feedback* com suporte de peso, obteve melhorias significativas na atividade muscular dos membros inferiores e na capacidade de andar, em comparação com o grupo de controlo.

Lee et al. (2017) exploraram o impacto de um dispositivo de marcha assistida por tubo vestível. O dispositivo inclui um cinto pélvico, um tubo elástico e uma ortótese elástica convencional criada com uma meia aberta e duas tiras de material elástico. O tubo elástico foi utilizado para auxiliar na elasticidade. O tubo gerou uma força de tração superior, ajudando à flexão do joelho durante as fases de apoio e balanço da marcha, convertendo a energia potencial armazenada em energia cinética. Os resultados indicaram que o dispositivo de marcha assistida por tubo vestível melhorou efetivamente a velocidade da marcha, a cadência e o comprimento do passo.

#### *Óculos de prisma Fresnel*

Ha e Sung (2020) exploraram a eficácia dos óculos prismáticos de *Fresnel* no treino do equilíbrio e do andar das pessoas com AVC numa passadeira eletrónica. O prisma de *Fresnel*, ajustado a um ângulo de deflexão de 15 dioptrias e adaptado a cada participante, foi aplicado contralateralmente à hemiplegia. Isto induziu um efeito adaptativo, traduzindo a informação espacial em coordenação perceptiva da retina. Apesar de não ter impacto na perceção visual, o prisma melhorou significativamente o equilíbrio e a capacidade de andar dos participantes.

### *Sistema de equilíbrio da coluna vertebral tridimensional (3D)*

Moon e Kim (2017) exploraram o impacto do sistema *Spine Balance 3D* em pessoas com AVC. Os indivíduos foram submetidos a 30 minutos de terapia de desenvolvimento do sistema nervoso central, com o grupo experimental a incorporar exercícios adicionais de estabilidade da coluna vertebral utilizando o sistema *Spine Balance 3D*. O sistema permite manter o ângulo de inclinação ajustável de 5° a 60°. Durante o treino, o sistema inclinou os participantes, mantendo uma posição reta e neutra, aplicando a gravidade ao tronco para estabilidade dentro da linha de gravidade. A bacia, o sacro e o fêmur foram fixados e os participantes cruzaram os braços sobre o peito, sob o controlo do terapeuta, para evitar a compensação do tronco contra a gravidade. A inclinação aumentou gradualmente, incorporando diferentes ângulos de inclinação e níveis de binário para intensidades de treino variadas. Os resultados mostraram que o sistema *Spine Balance 3D* melhorou a força muscular do tronco e a capacidade de andar dos participantes de forma mais eficaz do que o treino convencional.

### *Treino baseado na realidade aumentada*

Timmermans et al. (2021) utilizaram o treino com realidade aumentada, envolvendo a projeção de pistas na superfície da passadeira para solicitar ajustes nos passos. O regime de treino englobou uma variedade de exercícios, incluindo a navegação em obstáculos visuais, o ajuste do posicionamento do pé em resposta a sequências regulares ou irregulares de alvos de passos (passos dirigidos por objetivos), a gestão da aceleração e desaceleração da marcha dentro de uma área projetada em movimento na passadeira, a marcha executada ao longo de uma linha reta, e um jogo interativo de adaptabilidade à marcha. O grupo de controlo realizou um programa que incluía uma pista de obstáculos com exercícios de desvio de obstáculos, posicionamento dos pés em superfícies irregulares, marcha executada ao longo de uma linha reta e marcha em *slalom*. Os resultados revelaram que o treino com realidade aumentada resultou no dobro dos passos por sessão, com a mesma duração, em comparação com o programa normal em solo.

### *Treino de marcha assistido por robô*

Kelley et al. (2013) determinaram a eficácia do treino em passadeira com apoio do peso corporal assistido por robô, utilizando o *Lokomat®*. No grupo de intervenção, os participantes foram apoiados por um arnês ligado a um sistema de suporte de peso

corporal que foi ajustado com base nos níveis individuais de força. O peso foi diminuído gradualmente, conforme tolerado. O *Lokomat*® facilitou a assistência no plano sagital para os movimentos das articulações da anca e do joelho, imitando um andar simétrico. Os participantes receberam *feedback* visual sobre o seu padrão de marcha através de um espelho e de um ecrã de computador que ilustrava os movimentos bilaterais da anca e do joelho. A velocidade da marcha foi gradualmente aumentada de 0,42 para um máximo de 0,89 metros/segundo, conforme tolerado. A força de orientação, que denota a assistência fornecida pela ortótese acionada pelo robô para mover os membros inferiores, começou a 100% para ambos os membros e foi subsequentemente reduzida à medida que os participantes demonstraram proficiência na execução dos movimentos. Não foram observadas diferenças entre os dois grupos.

Bang e Shin (2016) realizaram uma análise comparativa para avaliar o impacto do treino de marcha assistido por robô (utilizando o *Lokomat*®) versus treino de marcha em passadeira, seguindo um protocolo semelhante ao estudo de Kelley et al. (2013). Os resultados demonstraram diferenças entre os grupos, com o grupo de intervenção a apresentar uma velocidade de marcha, cadência e comprimento do passo mais elevados do que o grupo de controlo. O grupo de treino de marcha assistida por robô também reduziu significativamente o período de apoio duplo dos membros.

Mustafaoglu et al. (2020) adotaram um protocolo semelhante aos estudos anteriores envolvendo a aplicação do *Lokomat*®. No entanto, organizaram os participantes em três grupos: um grupo de treino convencional, um grupo de treino de marcha assistido por robô e um grupo de treino combinado que recebeu treino de marcha convencional e assistido por robô. Os resultados indicam a alteração média em todos os resultados primários e secundários, exceto no teste de marcha rápida de 10 m. Na análise de subgrupos, o grupo de treino combinado demonstrou melhorias significativas no Índice de Barthel, na Escala de Qualidade de Vida Específica do AVC, no Teste de Marcha de 6 minutos e no Teste de Subida de Escada, em comparação com os outros dois grupos.

## 1.5. TEORIA DO DÉFICE DE AUTOCUIDADO DE ENFERMAGEM

As teorias de enfermagem foram criadas para facilitar a análise e interpretação de dados, bem como a organização dos conhecimentos de enfermagem. Basear a prática clínica na teoria de enfermagem permite planejar e implementar melhores cuidados de enfermagem (Ribeiro et al., 2018a).

Os fenómenos dominantes em enfermagem surgem em torno de quatro metaparadigmas: Pessoa, Saúde, Ambiente e Cuidados de Enfermagem. O metaparadigma representa o enquadramento conceptual que evoluiu para a construção de uma base de trabalho, da qual surgiram os enunciados descritivos do exercício profissional dos enfermeiros, praticado com vista à melhoria da qualidade e segurança dos cuidados à pessoa (OE, 2001).

Tendo por base os quatro metaparadigmas de enfermagem, é imprescindível centrar os cuidados na pessoa após AVC, uma vez que esta se depara com dependências físicas que dificultam o exercício da sua autonomia e a incapacitam de se autocuidar de forma independente (Parecer n. 012/2011).

O autocuidado é praticado quando a pessoa aprende, adapta-se e desenvolve estratégias de ação que a permitem cuidar de si própria, quer em situações esperadas ou inesperadas (Orem, 2001). Tendo por base o foco no défice do autocuidado de Dorothea Orem, a TDAE é a teoria escolhida para relacionar com o tema da promoção do andar na pessoa após AVC. A evidência demonstra que o andar comprometido é preditor de quedas, dependência, incapacidade e mortalidade, implicando não conseguir desempenhar as ABVD e as AIVD eficazmente, tendo como resultado a menor participação nas atividades domésticas e comunitárias (Ghaffari et al., 2021; Hong et al., 2016; Veerbeek et al., 2011).

Dorothea Orem desenvolveu a TDAE, expressa através de três teorias: A teoria dos sistemas de enfermagem; A teoria do défice de autocuidado; A teoria do autocuidado. Estas complementam-se entre si, numa relação que define a TDAE (Orem, 2001).

Na teoria dos sistemas de enfermagem, Dorothea Orem defende que a enfermagem é ação humana, isto é, os sistemas de enfermagem são sistemas de ação criados por enfermeiros através da sua prática profissional para pessoas com limitações ou dependência no autocuidado, derivadas ou associadas à saúde. O enfermeiro apresenta autonomia para diagnosticar, prescrever e regular sistemas inerentes à pessoa que cuida. Em 1995, Dorothea Orem complementa a teoria através do desenvolvimento de três sistemas básicos de enfermagem: o sistema totalmente compensatório- a ação é exclusivamente do enfermeiro para concretizar o autocuidado terapêutico da pessoa, compensar a incapacidade desta em realizar o autocuidado e apoiar, protegendo-a; o sistema de enfermagem parcialmente compensatório- a ação do enfermeiro centra-se na execução de algumas medidas de autocuidado da pessoa, compensa as suas limitações e assiste-a sempre que necessita, regulando as atividades de autocuidado praticadas, existe ação da pessoa para a execução de algumas medidas de autocuidado, regular as suas atividades e aceitar a colaboração do enfermeiro; o sistema de apoio-educação- a ação do

enfermeiro consiste em regular o exercício e as atividades que a pessoa pratica, enquanto que a pessoa executa-as e regula as suas tarefas de forma mais autónoma (Orem, 2001).

Na teoria do défice de autocuidado, Dorothea Orem expressa a relação entre as capacidades de ação da pessoa e as suas necessidades de cuidado, o conceito da teoria é abstrato, quando manifestado nas limitações de ação, contribui com orientações para a seleção de estratégias de apoio e compreensão do papel da pessoa no autocuidado (Orem, 2001).

Na teoria do autocuidado, Dorothea Orem descreve o autocuidado como um sistema de ação. A elaboração do conceito de autocuidado, a necessidade de autocuidado e a atividade de autocuidado são a base para compreender as condições e limitações da ação das pessoas que podem usufruir do apoio da enfermagem. O autocuidado deve ser aprendido e praticado continuamente, mediante as necessidades da pessoa que estão associadas aos estádios de crescimento e desenvolvimento, estados de saúde, níveis de consumo de energia e fatores ambientais (Orem, 2001).

No seguimento da apresentação da teoria do défice de autocuidado, é importante salientar que todas as pessoas têm potencial para se autocuidar, uma vez que detêm aptidões, conhecimentos e experiências adquiridas ao longo da vida. Quando as exigências de uma determinada atividade superam a capacidade de a realizar, existe a necessidade de suporte, quer de indivíduos diretamente ligadas à pessoa (por exemplo a família e amigos), quer dos profissionais de saúde, como os EEER (Petronilho, & Machado, 2017).

Particularmente na pessoa após AVC, o EEER é um elemento fundamental na recuperação do andar, atividade que exige à pessoa o desenvolvimento de capacidades adaptativas com o propósito do autocontrolo e autocuidado (Regulamento n.º 392/2019).

É essencial planear, implementar e avaliar continuamente os programas de reabilitação ajustados individualmente à pessoa. Numa fase precoce, após AVC, é expectável que a pessoa apresente o andar comprometido em grau elevado, nesse caso, a intervenção do EEER visa a compensação da incapacidade que a pessoa apresenta para concretizar o autocuidado, significa que mobiliza a pessoa, transfere-a com auxílio de produtos de apoio, nesta situação está evidente o sistema de enfermagem totalmente compensatório (Orem, 2001).

No caso da pessoa com AVC com o andar comprometido em grau moderado, está representado o sistema parcialmente compensatório, uma vez que a ação do EEER é centrada em algumas tarefas do autocuidado (Orem, 2001). Assiste a pessoa no andar, quer através de apoio unilateral ou através da prescrição, ensino, instrução e treino do andar com recurso a produtos de apoio, elaborando os programas de reeducação motora e sensorial ajustados à pessoa (Regulamento n.º 392/2019).

Quando o andar é comprometido em grau reduzido ou não está comprometido, o EEER tem a função avaliar as limitações da pessoa, identificar lacunas de literacia em saúde, prescrever produtos de apoio se necessário, elaborar e implementar programa de treino de AVD, ensinar, instruir e treinar o andar e a realização de tarefas, avaliando e ajustando o programa de treino motor em função dos objetivos da pessoa (Regulamento n.º 392/2019). Neste caso, está evidente o sistema de apoio-educação, onde o EEER adequa planos de treino que permitem à pessoa andar eficazmente e desempenhar o máximo das suas funções no seu quotidiano (Orem, 2001).

## 2. DESCRIÇÃO, ANÁLISE E REFLEXÃO DE ATIVIDADES

Ao longo do estágio, as competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER foram desenvolvidas e gradualmente aperfeiçoadas através da realização de atividades planeadas (Regulamento n.º 140/2019; Regulamento n.º 392/2019). Com o propósito de enriquecer a prática dos cuidados de reabilitação, bem como ao desenvolvimento das competências referidas, foram delineados os seguintes objetivos gerais:

- Desenvolver as competências profissionais de intervenção do EEER nas áreas da função cardíaca, respiratória, motora, sensorial e cognitiva, alimentação, eliminação vesical e intestinal, e sexualidade;
- Desenvolver as competências profissionais de intervenção do EEER que promovem o andar na pessoa após AVC.

Estes objetivos gerais subdividem-se em objetivos específicos, mediante os domínios e competências, comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER. Os dois objetivos gerais enquadram-se em ambos os domínios e competências, conforme se descreve nas atividades desenvolvidas ao longo do estágio.

### 2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns são todas as *"competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria"* (Regulamento n.º 140/2019, p.4745).

### **2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

Com o propósito de desenvolver as competências neste domínio<sup>4</sup>, determinou-se como objetivo específico *"Otimizar a prática profissional baseada nos princípios éticos e deontologia profissional, normas legais e evidência científica, garantindo a melhor prática de cuidados de reabilitação"*.

Ao longo do tempo, a enfermagem tem-se destacado pela crescente diferenciação e relevância enquanto profissão e disciplina. A sua evolução enquanto ciência e o aumento crescente de áreas de investigação que dela provêm, têm contribuído para que os enfermeiros possuam um maior grau de diferenciação (Regulamento n.º 613/2022).

Tendo por base o Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), artigo 97º, o enfermeiro, de entre vários, tem o dever de *"Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem"* (Lei n.º 156/2015, p.8101).

Durante a prática de cuidados de reabilitação nos diferentes contextos de estágio, procurou-se exercer o cuidado holístico, desde a primeira avaliação de necessidades, ao planeamento, instrução e treino de exercícios e supervisão de cuidados. Esta forma de cuidar foi considerada um ponto chave para o desenvolvimento de uma relação terapêutica que é propensa à adesão aos cuidados de enfermagem de reabilitação. A Enfermagem representa a relação que o enfermeiro estabelece com o outro e é nesse contacto, no entendimento do seu sentido, que se manifesta o verdadeiro cuidar (Vasconcelos, 2021).

A ética, enquanto elemento filosófico, permite a reflexão do ser humano acerca do seu agir com os outros. No exercício profissional de enfermagem, a ética sugere uma reflexão constante acerca de si próprio e do modo como exerce a profissão, procurando os valores e princípios que justificam as suas ações diárias enquanto enfermeiro, mas que ao mesmo tempo, procuram o respeito pela pessoa cuidada e família, permanecendo igualmente o respeito pela sua dignidade pessoal e profissional (Deodato, 2016).

Durante o período de estágio, desenvolveu-se a prática clínica baseada em intervenções autónomas e interdependentes, assegurando uma conduta responsável e ética, respeitando a *legis artis*, os princípios da dignidade, autonomia e complementaridade

---

<sup>4</sup> Incluem-se as competências: A1- Desenvolve uma prática profissional baseada nos princípios éticos e deontologia profissional, normas legais e evidência científica, garantindo a melhor prática de cuidados de reabilitação; A2- Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

funcional, no que toca a outros profissionais de saúde, responsabilizando-se pelas suas decisões, pelos atos que pratica e pelas tarefas que delega nos cuidados de saúde (Regulamento n.º 613/2022).

Relacionando com a prática de cuidados desenvolvidos em estágio, respeitou-se sempre a dignidade humana da pessoa, a vontade própria em todos os momentos ou tarefas de autocuidado como a higiene pessoal ou o vestir, possibilitando o desenvolvimento da sua autonomia.

A título de exemplo, na UCCI, o senhor (Sr.) IG mostrou-se renitente aos cuidados de higiene logo pela manhã, isto porque gostava de dormir até mais tarde. Foi discutido em equipa de enfermagem de reabilitação, a forma ideal de proceder à instrução e treino de AVD, de modo a otimizar a obtenção de ganhos em saúde. Em parceria com o utente, decidiu-se ajustar o horário dos cuidados de acordo com a sua preferência. A tomada de decisão em equipa permitiu o aumento da satisfação por parte do utente que se sentiu respeitado perante os seus costumes e hábitos pessoais, resultando na maior adesão ao processo de reabilitação.

Outro exemplo foi o Sr. DM durante o estágio em UCC. Desenvolveu-se o plano de cuidados de reabilitação mediante os objetivos de vida e motivações do utente, assegurando e respeitando a escolha e autodeterminação no âmbito dos cuidados de reabilitação. Não só se assegurou a dignidade e direitos do utente, como a segurança da prática das AVD, ajustando diariamente os treinos às barreiras arquitetónicas existentes no domicílio, prevenindo a ocorrência de incidentes que comprometessem a sua integridade.

A motivação das pessoas com AVC é imprescindível no processo de reabilitação, onde devem atuar como participantes ativos, uma vez que obtêm mudanças de comportamento positivo, fator de previsão dos resultados funcionais (Yoshida et al., 2021; Wang et al., 2014).

Todas as atividades desenvolvidas no período de estágio regeram-se pelos princípios existentes no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros e pelo CDE, pois são instrumentos reguladores do exercício profissional, que permitem assegurar os direitos e normas deontológicas específicas da profissão, como também proporcionar cuidados de enfermagem de qualidade à pessoa com necessidades em saúde (OE, 2015).

Como garantia na qualidade dos cuidados de enfermagem foi desenvolvido o Referencial do Enfermeiro, que visa a tomada de decisão dos enfermeiros, no domínio da responsabilidade profissional na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Este documento permite clarificar as intervenções de enfermagem, estabelece o acompanhamento à pessoa dependente e à sua família, permite a uniformização da

linguagem pelos enfermeiros nos diferentes contextos da RNCCI, bem como a promoção de um padrão documental que evidencie a qualidade dos cuidados (OE, 2009).

Neste âmbito, na UCCI foi desenvolvida como atividade de estágio, o Referencial de Enfermagem de Reabilitação (APÊNDICE 3), de acordo com os diagnósticos de enfermagem do sistema de registos em vigor na instituição. O desenvolvimento deste projeto contribuiu para o enriquecimento pessoal e profissional da estudante, bem como para a uniformização e aperfeiçoamento dos cuidados de enfermagem de reabilitação praticados na instituição.

Os princípios, os valores e deveres do enfermeiro resultam da relação que este estabelece com as pessoas de quem cuida, não alterando a sua forma de ser e atuar, pelas particulares condições dessas pessoas (Deodato, 2016). Na especialidade de enfermagem de reabilitação, a pessoa cuidada apresenta condições particulares, relacionadas com o processo de saúde-doença, no entanto, continua a ser detentora de direitos essenciais e dignidade humana, princípios fundamentais que determinam o agir ético de todos os enfermeiros (Deodato, 2016; Vasconcelos, 2021).

Na prática diária de cuidados de enfermagem de reabilitação, lidou-se com pessoas que apresentavam alterações funcionais, dependentes de outrem para o autocuidado. Na ajuda ou substituição da tomada de decisão, procurou-se agir em conformidade com as reais necessidades da pessoa, planeando e executando os cuidados de enfermagem tendo em conta a vontade, crenças e costumes culturais, valores e desejos de vida (Deodato, 2016; Vasconcelos, 2021).

O respeito pela liberdade de decisão da pessoa vai ao encontro do respeito atribuído pela autonomia de cada um. Cabe ao enfermeiro, o dever de informação, tal como expressa o artigo 105º do CDE. Torna-se imprescindível, em cada interação com a pessoa, que o enfermeiro obtenha o consentimento informado sobre os cuidados implícitos. É um direito que permite à pessoa expressar a sua vontade pessoal (Lei n.º 156/2015). Quando a família se faz presente no planeamento e nos cuidados de saúde à pessoa, estes não devem substituir a decisão da pessoa consciente e orientada, devem em conjunto, apoiar na tomada de decisão e integrar-se nos cuidados, bem como respeitar o seu direito à privacidade, partilhando a informação que deseja sobre o seu estado de saúde (Deodato, 2016; Vasconcelos, 2021).

Em contexto de estágio, no serviço de NC, participou-se na tomada de decisão em equipa multidisciplinar que envolveu o EEER, os enfermeiros de cuidados gerais, o terapeuta da fala, o terapeuta ocupacional e os médicos assistentes, na procura da satisfação e proteção dos direitos da pessoa após AVC. O senhor AT encontrava-se consciente e desorientado, a ser alimentado por sonda nasogástrica há mais de dois meses, por disfagia, tendo sido prescrita a colocação de gastrostomia endoscópica percutânea

(PEG), procedimento que foi recusado pelo utente. Em colaboração com o EEER orientador, foi realizada a avaliação de deglutição, identificando-se o potencial de recuperação. Nesse sentido, foi planeado e implementado um programa de reabilitação que envolveu a reorganização dos cuidados e o desenvolvimento de uma parceria de cuidados entre a equipa multidisciplinar e o utente. A intervenção do EEER foi uma mais-valia, assegurando e respeitando a escolha e autodeterminação no âmbito dos cuidados de saúde. Como resultado identificaram-se ganhos em saúde, tendo o Sr. AT conseguido alimentar-se autonomamente via oral (Regulamento n.º 140/2019).

Ao longo do estágio foi evidenciada uma prática segura de cuidados de enfermagem de reabilitação, tomando decisões que foram ao encontro das competências do EEER, evidenciando o domínio de conhecimentos na avaliação sistemática das práticas de cuidados e preferências da pessoa (Regulamento n.º 140/2019).

## **2.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade**

No sentido de adquirir as competências neste domínio<sup>5</sup>, delineou-se como objetivo específico “Desenvolver projetos na área da reabilitação que contribuam para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados”.

A procura pela melhoria contínua da qualidade na área da saúde é uma responsabilidade compartilhada pelos profissionais de saúde. A excelência da qualidade em saúde não se consegue alcançar só através do exercício profissional dos enfermeiros, como não se pode subestimar ou negligenciar o papel crucial desempenhado por estes. As instituições de saúde exercem um papel fundamental no fornecimento de recursos necessários e na criação de estruturas que promovam o exercício profissional de alta qualidade (OE, 2001).

O EEER desempenha um papel fundamental nos processos de melhoria contínua da qualidade, uma vez que são responsáveis por criar sistemas de liderança com o propósito de sensibilizar, responsabilizar e capacitar os outros profissionais de saúde, com o objetivo de melhorar a segurança da pessoa (Fernandes & Almeida, 2017).

É responsabilidade da equipa multidisciplinar, melhorar as condições de segurança da pessoa, devendo encará-la com sentido de preocupação e obrigação prática (Despacho n.º 1400-A/2015). Nesse sentido, no serviço de ortopedia, existiu a oportunidade de colaborar com a EEER, gestora de risco da instituição, na análise de incidentes de queda ocorridos

---

<sup>5</sup> Incluem-se as competências: 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.

no serviço, interligando os dados em processo, e classificando o risco associado ao incidente.

A queda é reconhecida como um problema de saúde pública, englobando consequências significativas quer a nível físico como psicológico para a pessoa, levando à redução da funcionalidade e, conseqüentemente interferindo na qualidade de vida. As equipas de trabalho responsáveis pela gestão do risco devem identificar os riscos, avaliá-los e hierarquizá-los, determinando as ações preventivas e as medidas de correção a aplicar em cada situação (Despacho n.º 1400-A/2015).

Após a análise de cada caso, em conjunto com a EEER, foram desenvolvidos planos de ação com medidas corretivas e sugestões a aplicar na prática dos cuidados, reduzindo o risco de queda da pessoa internada, e conseqüentemente, contribuir para a manutenção do ambiente seguro (Regulamento n.º 140/2019).

Deste modo, a gestão de risco relacionado com os cuidados de saúde é um processo coletivo com o propósito de assegurar a máxima segurança possível para os utentes e prevenção de acidentes (Despacho n.º 1400-A/2015).

Ainda no contexto da gestão de risco, neste caso, associado ao risco de desenvolvimento de lesões musculoesqueléticas nos profissionais de saúde, em particular nos técnicos auxiliares de saúde, no estágio em UCC, foram desenvolvidas sessões de formação (APÊNDICE 4) que englobaram momentos dinâmicos de ginástica laboral, tendo a formação sido completada com a entrega de folhetos informativos (APÊNDICE 5).

Também a equipa da UCC foi sensibilizada para a prevenção das lesões musculoesqueléticas (APÊNDICE 6) e para a importância de um programa de ginástica laboral (APÊNDICE 7), através da realização de dinâmica de grupo com ginástica laboral e afixação de pósteres representativos no local de trabalho.

No seguimento da prevenção das lesões musculoesqueléticas, colaborou-se num projeto intitulado "Mochila às Costas" que, em parceria com uma UCC, permitiu a sua implementação numa escola de primeiro ciclo. Este projeto consistiu na realização de uma dinâmica de grupo com as turmas do primeiro ao quarto ano, onde se pesaram as mochilas, as crianças, e se recolheram dados que permitiram alertar para práticas incorretas. Na sequência do desenvolvimento deste projeto, redigiu-se um protocolo que foi submetido para publicação em revista científica.

Durante a dinâmica, ensinaram-se as crianças a construir e a jogar Quantos Queres (APÊNDICE 8), e para sensibilizar os pais entregaram-se folhetos informativos (APÊNDICE 9) direcionados ao tema do peso das mochilas e educação postural das crianças.

O objetivo da intervenção foi a promoção da educação postural em crianças, tendo em conta que é crucial promover o desenvolvimento do controlo postural desde idade precoce

através da variabilidade de movimentos no ambiente natural das crianças, com o propósito de aumentar a consciência corporal (Schmidt et al., 2021; Yagci et al., 2018).

Esta dinâmica foi enriquecedora pois promoveu-se a educação para a saúde numa população muito jovem, recorrendo a metodologias interativas que colocaram a criança no centro do cuidado. Através da sua operacionalização conseguiu assegurar-se a aplicação dos princípios de ergonomia em sala de aula, uma base de conhecimentos e de práticas corretas a implementar no dia a dia das crianças.

Torna-se crucial na prática de cuidados do EEER, a mobilização de conhecimentos teórico-científicos que acrescentem competências na promoção da melhoria contínua da qualidade nos cuidados prestados (Fernandes & Vareta, 2019).

Durante o estágio no serviço de ortopedia, existiu a possibilidade de colaborar no planeamento de um programa de melhoria contínua da qualidade que envolvia a criação de um ginásio dentro do serviço, com o intuito de permitir a prática de cuidados de reabilitação, sete dias por semana. Para o desenvolvimento do projeto, existiu a necessidade de identificar dados estatísticos que justificassem a necessidade da sua implementação. Assim, através da mobilização de conhecimentos e a procura da melhor evidência científica, contribuiu-se com a elaboração da fundamentação teórica sobre a temática (APÊNDICE 10) e justificação da pertinência do projeto, ao qual futuramente permitirá fundamentar a contratação de mais EEER, sendo expectável a ocorrência de ganhos em saúde e a alta precoce da pessoa internada (Regulamento n.º 140/2019).

O período de estágio que decorreu no serviço de NC foi particularmente desafiante, do ponto de vista da necessidade de desenvolvimento de projetos de melhoria contínua da qualidade, que fossem ao encontro das necessidades do serviço e das expectativas da equipa de EEER. Existiu a necessidade de aprofundar conhecimentos através da pesquisa em bases de dados científicas e da consulta de normas, regulamentos e protocolos em vigor no hospital. Em conjunto com a senhora enfermeira gestora, identificou-se a necessidade de desenvolver uma norma de procedimento hospitalar sobre os cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com equilíbrio corporal comprometido (APÊNDICE 11). Nesta norma encontram-se um conjunto de intervenções de enfermagem de reabilitação com o foco na avaliação e reeducação do equilíbrio corporal da pessoa com lesão neurológica. Posteriormente, existiu a possibilidade de realizar uma sessão de formação que envolveu toda a equipa de enfermeiros (APÊNDICE 12).

Os indicadores de saúde traduzem o contributo dos cuidados de enfermagem especializados para a saúde da população, constituindo a base estrutural para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional do EEER. São úteis para a prática de cuidados quer dos EEER, quer das instituições prestadoras de cuidados, pois permitem

evidenciar os ganhos em saúde resultantes das intervenções destes profissionais (OE, 2015).

A aplicação dos indicadores de saúde na gestão dos cuidados de reabilitação possibilita evidenciar os resultados obtidos pela intervenção do EEER. Através da realização da norma de procedimento hospitalar, pretendeu-se dar visibilidade aos cuidados de enfermagem de reabilitação praticados diariamente no serviço de NC. Com o intuito de sensibilizar a equipa de enfermagem, elaborou-se um póster com exercícios de reeducação do equilíbrio corporal (APÊNDICE 13), servindo de guia orientador nas boas práticas dos cuidados de reabilitação à pessoa com alteração do equilíbrio corporal.

Tal como já foi referido no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o desenvolvimento do referencial de enfermagem de reabilitação permitiu a incorporação de conhecimentos especializados na área da qualidade dos cuidados, através da elaboração de um guia orientador de boas práticas para os EEER da instituição, contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados de reabilitação.

### **2.1.3. Domínio da gestão dos cuidados**

Para que fosse possível desenvolver as competências neste domínio<sup>6</sup>, estruturou-se como objetivo específico, “Promover a liderança e gestão dos recursos fundamentais à qualidade dos cuidados de reabilitação”.

Para o EEER, enquanto prestador de cuidados, torna-se crucial a elaboração de planos de intervenção ajustados à individualidade de cada pessoa, reconhecendo-a como ser holístico. O planeamento é essencial para garantir que as melhores práticas de cuidados são implementadas, otimizando os resultados e proporcionando uma prestação de cuidados de qualidade (Lourenço et al., 2022).

Em contexto de estágio, procurou-se gerir os cuidados adequando a cada pessoa, tendo em conta o seu estado clínico, motivação, desejos e metas pessoais.

No serviço de NC, o Sr. JC, diagnosticado com hemorragia intralesional e rotura do ventrículo lateral esquerdo, apresentou sequelas motoras, com hemiplegia. Foi desenvolvido um programa de reabilitação que incidiu sobre a reeducação motora, de acordo com a vontade e capacidade física da pessoa. A gestão diária dos cuidados foi realizada em equipa, tendo sido englobados os enfermeiros de cuidados gerais. Os progressos foram sendo cada vez mais evidentes, com auxílio dos produtos de apoio

---

<sup>6</sup> Incluem-se as competências: C1- Gere os cuidados de enfermagem, otimizando resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; C2- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

disponíveis no serviço. Através da obtenção de resultados positivos, tomou-se a decisão de delegar a supervisão das AVD na equipa de enfermagem de cuidados gerais, o que vem reforçar a importância da envolvimento de toda a equipa na prática dos cuidados, pois o tempo de contacto do EEER é limitado. A gestão e organização dos cuidados da equipa, envolvendo o EEER, o fisioterapeuta e o enfermeiro de cuidados gerais, permitiu aumentar a qualidade dos cuidados e obter ganhos em saúde.

Numa perspetiva de acelerar o processo de recuperação, foi decidido em equipa multidisciplinar a referenciação do caso do Sr. JC para programa de reabilitação intensivo num Centro de Reabilitação. Pela inexistência de vagas imediatas aquando da alta clínica, foi reformulado o programa de reabilitação, tendo a equipa de EEER se articulado com a equipa de fisioterapia, de modo a maximizar o processo de recuperação, através do plano delineado, para que todos trabalhassem em prol dos objetivos do utente. Todas as expectativas do JC foram superadas durante a permanência no internamento, através da parceria de cuidados desenvolvida com a equipa.

Elaboraram-se dois estudos de caso, um em ambiente hospitalar, intitulado por “Pessoa com alteração cerebral em busca da recuperação da marcha” (APÊNDICE 14) e outro no contexto de comunidade, intitulado por “Marcha autónoma e segura na pessoa após AVC” (APÊNDICE 15).

No que concerne à gestão dos cuidados, essa foi realizada em equipa. Em contexto de domicílio, destacou-se o apoio do cuidador informal principal<sup>7</sup>, neste caso a esposa, que desempenhou um papel crucial no processo de recuperação do andar e independência no autocuidado. Frequentemente, o Sr. DM demonstrava renitência em aderir ao plano de reabilitação. De forma a aumentar a adesão, foi envolvida a esposa que se mostrou ser um elemento impulsionador no processo de reabilitação.

Tendo por base o cuidado personalizado, requerendo uma abordagem multidimensional e holística, é fundamental envolver os elementos da família nos cuidados à pessoa, funcionando como agentes determinantes para a motivação e desempenhando a função de parceiros de cuidados (Fernandes et al., 2020). É essencial respeitar a individualidade de cada pessoa e desenvolver um plano de reabilitação que envolva intervenções familiares (Blanck et al., 2021; Fernandes et al., 2020).

No contexto de prestação de cuidados ao Sr. DM, desenvolveu-se um programa de reabilitação personalizado que foi reajustado a cada sessão mediante as capacidades e dificuldades apresentadas. O resultado foi bastante positivo e de acordo com as suas

---

<sup>7</sup> Cuidador informal principal: cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao quarto grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não aufera qualquer remuneração de atividade profissional ou cuidados prestados à pessoa cuidada (Lei n.º 100/2019).

expetativas, obteve uma melhoria na funcionalidade, conseguindo andar de forma independente e, conseqüentemente, melhorar a sua qualidade de vida.

Através da realização de dois estudos de caso, no período de estágio, constatou-se a semelhança que tiveram no propósito de incidir a reabilitação na função motora, como elemento prioritário de cuidados de reabilitação. Por outro lado, verificou-se a existência de diferenças entre eles, isto é, fatores intrínsecos como a idade, a capacidade física, os hábitos de vida, que exigiram uma personalização dos cuidados. Este processo de cuidar envolveu uma gestão, estabelecida pela prática de cuidados da equipa de EEER em conjunto com a restante equipa multidisciplinar, que se coordenou entre si, tomando decisões em equipa e evidenciando o planeamento e organização de cuidados mediante uma comunicação assertiva, em prol da segurança e qualidade dos cuidados (Lourenço et al., 2022; Regulamento n.º 140/2019).

A capacidade de liderar surge como uma das principais competências que deve ser desenvolvida pelos enfermeiros especialistas, sendo que estes profissionais devem adaptar o estilo de liderança de acordo com os diferentes contextos da prática dos cuidados, reconhecendo os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa, favorecendo um ambiente positivo e harmonioso, aplicando estratégias motivacionais da equipa, trabalhando em prol do bem-estar e união da mesma (Sobrinho et al., 2018).

No líder está implícito o desenvolvimento de habilidades individuais, a construção de relacionamentos a envolver a equipa de enfermagem e restantes profissionais para alcançar as metas definidas pela instituição. Simultaneamente, o líder deve promover a motivação entre os diferentes elementos, o autodesenvolvimento e o trabalho de equipa, estando na base desses resultados um ambiente positivo e favorável à prática dos cuidados (Pires et al., 2017).

No período de estágio, conseguiu-se desenvolver a relação de entre ajuda com a equipa multidisciplinar e restantes estudantes, evidenciando trabalho em equipa durante a avaliação das necessidades dos utentes, planeamento e implementação de intervenções de EEER, e posterior avaliação dos resultados. O saber trabalhar em equipa é um dos elementos fundamentais para a prática profissional de sucesso em enfermagem (Duarte & Boeck, 2015). Destaca-se a interação entre estudantes que existiu no primeiro contexto prático, no serviço de NC. As estudantes conseguiram apoiar-se, utilizando as mais-valias individuais e unindo forças para que conseguissem aprender de igual forma, desenvolvendo boas práticas de cuidados de reabilitação. Ao longo dos contextos de estágio, sentiu-se coesão entre equipas de trabalho e isso é motivo de orgulho. Isto porque, a construção do trabalho em equipa implica que haja interação e comunicação entre todos os elementos e

capacidade para colocar-se no lugar do outro, respeitando os diferentes saberes e experiências (Duarte & Boeck, 2015). As parcerias interprofissionais são fundamentais para alcançar cuidados seguros e de qualidade (Brunt & Bogdan, 2023).

No estágio de NC existiu uma articulação com a equipa multidisciplinar nos variados casos clínicos, através da discussão sobre as necessidades e programas de reabilitação a estabelecer mediante as necessidades e objetivos dos utentes. Destaca-se o caso do Sr. MF, com tetraplegia sequelar a traumatismo craniano grave e alteração do estado de consciência. Em equipa, os EEER discutiram a possibilidade de programar o desmame de cânula de traqueostomia. Procedeu-se à referenciação ao otorrinolaringologista, para se perceber se haveria viabilidade para avançar, mas tendo em conta o estado clínico do Sr. MF, o parecer foi desfavorável. Como alternativa, foi desenvolvido um programa de reabilitação com o propósito de obter ganhos em saúde. No entanto, devido à deterioração do estado de saúde do utente, o programa de reabilitação teve de ser interrompido.

Neste processo, utilizou-se um estilo de liderança que envolveu a comunicação efetiva na definição das metas e objetivos, colaboração com cultura de trabalho em equipa, experiências profissionais durante a tomada de decisões e adaptabilidade através de estratégias de trabalho para maximizar os resultados (Albright-Trainer et al., 2020). Contudo, apesar dos esforços este caso não foi bem-sucedido.

No contexto da UCCI, existiu a oportunidade de perceber a organização e gestão dos cuidados de saúde na RNCCI. Se a pessoa está internada, os profissionais de saúde fazem a referenciação da pessoa mediante as necessidades de cuidados identificadas à equipa de gestão de altas, que após a confirmação da informação, envia a proposta para a equipa coordenadora local, que analisa e avalia a viabilidade da referenciação (Serviço Nacional de Saúde, 2021).

Neste âmbito, colaborou-se diretamente na análise de referenciações junto do EEER, elemento crucial neste processo, tendo em conta que baseia o seu exercício profissional num corpo de conhecimentos e experiências que permitem realizar uma avaliação sistemática das melhores práticas e otimizar o processo de cuidados. Existe complexidade nas tarefas que decorrem em simultâneo, sendo exigido tomar decisões justas e em tempo útil, de forma a agilizar os encaminhamentos das pessoas para as unidades de cuidados de saúde. Esta experiência foi enriquecedora profissionalmente, tendo em conta que permitiu colaborar na tomada de decisões de forma ativa e na referenciação dos cuidados.

Durante a permanência na UCCI foram realizadas as admissões dos utentes, registando as informações que evidenciam as necessidades, intervenções desenvolvidas e os resultados obtidos a partir dessas, em *SClinic* e no sistema da RNCCI. A informatização dos dados permitiu a continuidade da gestão e organização dos cuidados, permitindo dar

visibilidade aos resultados das intervenções do EEER, o que vai ao encontro da procura permanente da excelência no exercício profissional (OE, 2001).

### **2.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

De modo a desenvolver as competências neste domínio<sup>8</sup>, delineou-se como objetivo específico, “Otimizar a prática profissional baseada nos princípios éticos e deontologia profissional, normas legais e evidência científica, garantindo a melhor prática de cuidados de reabilitação”.

Este objetivo específico enquadra-se em dois domínios das competências comuns do enfermeiro especialista que se uniformizam com um único propósito, otimizar a melhor prática de cuidados de reabilitação, através de regulamentação normativa que permita o desenvolvimento de aprendizagens baseados em evidência científica.

Frequentar o curso de mestrado permitiu o desenvolvimento de uma panóplia de competências essenciais à aquisição do título de enfermeira especialista e à obtenção do grau de Mestre. Foi importante o desenvolvimento da autoaprendizagem e consciência pessoal, permitindo uma aprendizagem auto-orientada e autónoma que auxilia ao longo da vida. Adquirir e aplicar conhecimentos na prática dos cuidados, bem como dominar a capacidade de compreensão em vários contextos da profissão, reforçando a área de investigação. Demonstrar a capacidade de julgamento e de tomada de decisões, refletindo sobre as responsabilidades éticas e sociais que pudessem condicionar as soluções. Garantir uma comunicação clara e assertiva com utentes, famílias e outros profissionais, desenvolvendo estratégias de adaptabilidade individual e organizacional (Bologna Working Group on Qualifications Frameworks, 2005). Ao longo do estágio, foi crucial a existência de momentos de reflexão, que não seriam possíveis sem o apoio e supervisão dos EEER orientadores e do professor orientador.

Adotar uma postura assertiva na abordagem à pessoa durante os cuidados de reabilitação permitiu uma melhor gestão de tempo, eficácia na negociação de cuidados e aumento da consciencialização pessoal e reconhecimento do bom desempenho profissional. A assertividade é uma das competências essenciais no ambiente de cuidados de reabilitação (Kanade, 2018).

---

<sup>8</sup> Incluem-se as competências: D1- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; D2- Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

O enfermeiro especialista e Mestre, baseia as suas ações na evidência científica, integrando os melhores conhecimentos e intervindo sob uma tomada de decisão consciente, em prol dos melhores resultados (Lourenço et al., 2022; Regulamento n.º 140/2019). Desempenha um papel crucial em diversos contextos de ação, atuando como prestador de cuidados, coordenador responsável e/ou gestor de equipa (Regulamento n.º 140/2019).

A prática baseada na evidência científica é a chave para melhorar a qualidade dos cuidados de reabilitação e os resultados em saúde da pessoa (Chien, 2019). Durante o estágio, procurou-se operacionalizar uma prática baseada na evidência, através de pesquisa em bases de dados científicas, leitura de obras de referência e da consulta de regulamentos e normas orientadoras, mediante os esclarecimentos quer com os EEER orientadores, quer com o professor orientador.

Como forma de aprofundar os conhecimentos sobre o tema escolhido para o projeto, realizou-se uma revisão *scoping* sobre as tendências atuais da reabilitação da marcha na pessoa após AVC, que foi publicada na revista científica *International Journal of Environmental Research and Public Health* em fevereiro de 2024 (certificado em ANEXO 1). Esta revisão contribuiu para a evolução dos conhecimentos na área da reabilitação, permitindo o reconhecimento do trabalho desenvolvido durante o curso de mestrado. Posteriormente, nas Jornadas Científicas da Escola Superior Egas Moniz, foram expostos os resultados da revisão *scoping* em póster (APÊNDICE 16), assim como os exercícios de reeducação do equilíbrio corporal já ilustrados em apêndice.

Ao longo do estágio, realizou-se um protocolo de projeto de intervenção, assente na promoção da educação postural nas crianças, que se encontra em fase de publicação em revista científica. Desenvolveu-se uma norma de procedimento hospitalar no serviço de NC, complementada com formação em contexto de serviço, elaborou-se uma fundamentação teórica no âmbito de um projeto em desenvolvimento no serviço de ortopedia. O desenvolvimento destes projetos contribuiu para a aquisição e aplicação de conhecimentos que permitem a atribuição do grau de Mestre, referente ao segundo ciclo de ensino e para o desenvolvimento da prática clínica que confere o título de especialista.

Participou-se na comissão organizadora (Certificado em ANEXO 2) do Primeiro Webinar e Encontro Digital 2023/2024: Reabilitação e Cuidados Respiratórios, com exposição de pósteres sobre: prevenção de lesões musculoesqueléticas nos profissionais de saúde (Certificado em ANEXO 3); programa de ginástica laboral (Certificado em ANEXO 4); exercícios de reeducação do equilíbrio corporal, distinguindo como melhor póster (Certificado em ANEXO 5). Ainda se participou como preletora do tema referente à norma

de procedimento hospitalar sobre “cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com equilíbrio corporal comprometido” (Certificado em ANEXO 6).

Ainda numa perspetiva de aplicar os conhecimentos adquiridos no âmbito do segundo ciclo de ensino, participou-se nas Jornadas Científicas da Escola Superior Egas Moniz, enquanto membro da comissão executiva permitindo o desenvolvimento de autoaprendizagem, capacidade de julgamento e tomada de decisões em equipa de trabalho, bem como reforçar a comunicação durante o planeamento, organização e gestão da cerimónia (Bologna Working Group on Qualifications Frameworks, 2005).

No âmbito do estudo de caso desenvolvido em contexto hospitalar, no serviço de NC, que englobou a aplicação de bandas neuromusculares no programa de reabilitação, existiu a curiosidade de enriquecer os conhecimentos e desenvolver a prática da massagem terapêutica e aplicação de bandas neuromusculares. Nesse sentido, participou-se no curso avançado de massagem terapêutica e aplicação de bandas neuromusculares (Certificado em ANEXO 7).

Após explorar a área da estimulação multissensorial em pessoas com alterações neurológicas no serviço de NC, existiu a curiosidade de aprofundar conhecimentos acerca da temática, pelo que se participou no II Seminário sobre a Terapia de Estimulação Multissensorial- Snoezelen referente ao projeto NOVIZEN - Novas Vivências para a Comunidade com Snoezelen (Certificado em ANEXO 8).

A estimulação multissensorial de snoezelen é considerada uma intervenção não farmacológica que proporciona ambientes multissensoriais controlados para estimular os sentidos primários: visão, audição, olfato, tacto, paladar, proprioceptivo e vestibular (Carvalho et al., 2023). Esta abordagem tem sido utilizada como complemento ou alternativa às intervenções farmacológicas para prevenir ou protelar o desenvolvimento de dificuldades cognitivas, comportamentais e psicológicas, como no caso da demência (Livingston et al., 2017; Livingston et al., 2020).

## 2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

As competências específicas são todas as *“competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas”* (Regulamento n.º 140/2019, p.4745).

Cabe ao EEER interagir com diferentes indivíduos, baseando a sua prática nas relações humanas, estabelecendo relação tanto com a pessoa, quanto com os familiares e equipa multidisciplinar envolvida nos cuidados de saúde (Fernandes & Vareta, 2019). Estes profissionais desempenham uma prática de cuidados autónoma, onde "*concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa*" (Regulamento n.º 392/2019, p.13565).

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

Tendo como foco o desenvolvimento de competências neste domínio<sup>9</sup>, delineou-se como objetivo específico "*Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados*".

O EEER atua conscientemente na perspetiva e vontade da pessoa que vê asseguradas as suas necessidades humanas fundamentais e a máxima independências na realização das AVD (OE, 2001).

Tendo por base a TDAE de Dorothea Orem, o cuidado à pessoa foi realizado a partir de uma perspetiva holística, com a inclusão do bem-estar como resultado do autocuidado, isto é, das AVD que aliviam os sintomas e complicações das doenças, reduzindo o tempo de recuperação e reduzindo a taxa de hospitalização e reinternamento hospitalar (Lista et al., 2017; Orem, 2001). A aplicabilidade da TDAE na prática dos cuidados constituiu um elemento crucial para a obtenção de ganhos em saúde (Lista et al., 2017). Deste modo, procedeu-se à recolha de dados pessoais, identificando as necessidades e objetivos da pessoa, de forma a planear e implementar os cuidados que permitissem colmatar os défices de autocuidado.

---

<sup>9</sup> Incluem-se as competências: 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.

A avaliação inicial deve assentar na recolha de dados relativos à pessoa e ao seu estado de saúde e bem-estar e ser realizada à luz de um Modelo conceptual de Enfermagem de modo a integrar-se numa filosofia de cuidados (Ribeiro et al., 2018b; Simões & Simões, 2007).

Informações como o nível de escolaridade e a capacidade de aprendizagem, crenças e valores, as dependências no autocuidado, a consciencialização sobre o estado de saúde, o conhecimento e o potencial de recuperação e readaptação, são dados cruciais a recolher numa primeira interação com a pessoa e/ou cuidadores/familiares. A colheita de dados permite a identificação das necessidades reais, o planeamento e a implementação de intervenções de reabilitação ajustadas à pessoa (Ribeiro et al., 2018b).

Para a avaliação inicial, utilizaram-se instrumentos de colheita de dados que permitiram caracterizar a condição de saúde da pessoa, do ponto de vista da resposta humana às transições causadas pela dependência para a autonomia e/ou processo de cuidados ao longo da vida e identificar as capacidades e limitações para a realização do autocuidado. Tornou-se fundamental utilizar esta ferramenta que é essencial à melhoria contínua dos cuidados do EEER em contexto de estágio, suportando a tomada de decisão durante o programa de reabilitação (OE, 2016).

Para a avaliação da função respiratória, aplicou-se a Escala de Borg modificada que avalia o grau de dispneia da pessoa (Borg, 1982). A escala de Coma de Glasgow para a avaliação neurológica, utilizada para descrever o grau de alteração da consciência da pessoa, mediante a avaliação de três parâmetros: abertura ocular, respostas motoras e verbais (Jain & Iverson, 2023; Teasdale & Jennett, 1974). No estudo de caso realizado em contexto hospitalar, não existiu a necessidade de avaliar a memória, visto que não estava alterada. Contudo, em contexto de domicílio, houve a necessidade de avaliar a memória do utente, de acordo com o Mini-exame do Estado Mental, com interpretação do *score*, tendo por base as últimas *deadlines* em Portugal (Folstein et al., 1975; Morgado et al., 2009).

No sentido de avaliar a motricidade, para avaliação da força muscular foi aplicada a Escala de Força Muscular Medical Research Council [MRC] (MRC, 1976). Para avaliar o tónus muscular foi aplicada a Escala Modificada de Ashworth (Bohannon & Smith, 1987). A coordenação foi avaliada de acordo com a prova Índice-nariz e prova Calcanhar-jelho (Menoita et al., 2012). O equilíbrio corporal foi avaliado tendo por base a Escala de Equilíbrio de Berg que avalia o equilíbrio funcional, estático e dinâmico (Berg et al., 1992). Este permite prever o risco de queda associado, avaliado através da Escala de Quedas de Morse (Norma n.º 008/2019). A avaliação da marcha realizou-se de acordo com o método

das Categorias Funcionais de Marcha que permitem a categorização detalhada do suporte físico necessário à pessoa que executa a marcha (Holden et al., 1986).

Com o propósito de relacionar a intervenção do EEER com a Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Dorothea Orem, foi essencial avaliar o grau de dependência no autocuidado ao longo do processo de reabilitação, recorrendo à utilização de dois instrumentos de avaliação: Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965); Escala de Medida de Independência Funcional (Granger et al., 1986). Estes instrumentos são fundamentais na avaliação do autocuidado, área de atenção a que o EEER mais recorre para descrever os cuidados de enfermagem de reabilitação, traduzindo as necessidades associadas ao juízo “Dependência” (Ribeiro et al., 2018b).

A recolha de informações e a aplicação de escalas e instrumentos de medida permitiu avaliar com rigor as funções: cardíaca, respiratória, motora, sensorial, cognitiva, alimentação, eliminação vesical e intestinal e sexual, possibilitando a identificação de dificuldades e incapacidades funcionais que interferem na realização das AVD (Regulamento n.º 392/2019).

Após realizar a avaliação inicial, foram identificadas as alterações das funções e tendo em conta os objetivos e a motivação individual, desenvolveram-se estratégias de cuidados e foi criada uma parceria, de modo a promover a funcionalidade e autonomia nas AVD.

Foram elaborados e implementados planos de cuidados que envolveram intervenções que possibilitaram a reeducação das funções comprometidas. Procedeu-se depois à monitorização dos resultados obtidos, permitindo o reajuste das mesmas com o propósito de otimizar os ganhos em saúde. Todas as intervenções foram planeadas e implementadas após discussão e validação com os EEER orientadores. Os programas de reabilitação foram sendo discutidos ao longo do estágio, com o professor orientador, possibilitando a melhoria contínua das atividades.

A título de exemplo, salienta-se a intervenção realizada com o Sr. JC, diagnosticado com hemorragia intralesional e rotura do ventrículo lateral esquerdo, com hemiplegia sequelar (APÊNDICE 14). Previamente ao sucedido, mostrava-se ser um jovem atlético, com hábitos saudáveis de vida e independente nas AVD.

Neste caso, a avaliação inicial foi crucial para o processo de reabilitação, pois permitiu avaliar as alterações da funcionalidade, manifestadas a nível motor, alimentação, eliminação vesical e intestinal e ainda a capacidade funcional para desempenhar as AVD de forma independente. Tendo em conta a motivação do Sr. JC, foram identificadas as principais necessidades e discutidas as estratégias a implementar nos cuidados de reabilitação. Desenvolveu-se um plano de cuidados em parceria com o Sr. JC e a equipa multidisciplinar, definindo as prioridades de saúde para atingir os objetivos delineados.

Através do empenho excecional e do trabalho gradual, conseguiu-se não só otimizar e reeducar as funções comprometidas, como também permitiu recuperar a autonomia para os autocuidados e AVD, bem como para as atividades profissionais e sociais já em domicílio, melhorando a sua qualidade de vida.

Ainda como exemplo, destaca-se a intervenção prestada ao Sr. DM, com o diagnóstico de AVC Isquémico hemisférico esquerdo *minor*, com hemiparesia sequelar (APÊNDICE 15). Previamente independente nas AVD, o Sr. DM necessitava de apoio da esposa para as AIVD, tais como gerir terapêutica habitual e gerir finanças.

Neste caso, a avaliação inicial permitiu identificar as funções essencialmente comprometidas: cardíaca, respiratória, motora, sensorial e cognitiva e das dificuldades em executar as AVD. Constatou-se que o Sr. apresentava baixa adesão ao programa de reabilitação e que a esposa não participava ativamente no processo de adaptação e de transição saúde/doença. Deste modo, foram desmitificados medos e inseguranças que ambos expressaram. Posteriormente, em parceria foi desenvolvido um plano de reabilitação, que a cada sessão foi reajustado e adaptado, de forma a personalizar o cuidado. Gradualmente verificou-se uma união de forças entre o casal, com trabalho em equipa que se revelou impulsionador na recuperação da funcionalidade, tendo se tornado independente nas AVD e recuperado a capacidade de andar autonomamente e subir e descer escadas.

Ambas as pessoas mencionadas nos estudos de caso, apresentavam contextos de doença e motivação díspares. Contudo, são ambos exemplos de que a motivação pessoal é um determinante essencial para a obtenção de resultados a partir dos cuidados de reabilitação, assim como as determinações de estratégias motivacionais do EEER devem considerar as preferências da pessoa (Oyake et al., 2023).

De acordo com a teoria dos sistemas de enfermagem de Dorothea Orem, durante os cuidados à pessoa, foram executadas tarefas do autocuidado e compensadas as limitações identificadas, bem como numa fase mais avançada, procedeu-se à regulação de atividades praticadas pela pessoa de forma autónoma (OE, 2001). Isto porque na procura permanente da excelência no exercício profissional, o EEER maximiza o bem-estar da pessoa e complementa as AVD em que esta é dependente. Face ao bem-estar e autocuidado, é fundamental assegurar a manutenção das capacidades funcionais da pessoa, prevenir complicações e impedir incapacidades, desenvolvendo intervenções de reabilitação que melhorem as funções residuais, mantenham ou recuperem a independência nas AVD, e minimizem ao máximo o impacto das incapacidades adquiridas (Regulamento n.º 392/2019).

Desse modo, cabe ao EEER intervir na educação da pessoa e dos cuidadores informais e/ou familiares, quer no planeamento da alta hospitalar, na reintegração da pessoa na família e comunidade e durante a continuidade de cuidados, garantindo o direito à dignidade e qualidade de vida da pessoa (Regulamento n.º 392/2019).

Ao longo do estágio, desenvolveram-se programas de reabilitação respiratória que possibilitaram a manutenção da permeabilidade das vias aéreas e a melhoria da função pulmonar, mediante a reeducação funcional respiratória, responsável por reduzir a tensão psíquica e muscular, promover a mobilidade costal e a correção postural, aumentar a resistência, a capacidade de exercício e independência na funcionalidade, associado ao treino de exercício motor (Dias et al., 2022; Holland et al., 2012; Marques et al., 2006; Spruit et al., 2013).

Verificou-se que, para a execução de exercícios ou treino de AVD, foi importante a utilização da respiração abdómen-diafragmática, utilizando a dissociação dos tempos respiratórios e mantendo a correção postural (Cordeiro & Menoita, 2012).

No contexto de UCC, prestou-se cuidados de reabilitação a uma utente com o diagnóstico de Esclerose Lateral Amiotrófica, totalmente dependente nas AVD, alimentada por PEG, dependente da utilização do equipamento *Cough Assist* como auxiliar na tosse assistida, com presença abundante de secreções brônquicas.

Neste caso, as intervenções de reeducação funcional respiratória prevaleceram durante as sessões de reabilitação, através do ensino, instrução e treino da consciencialização, dissociação dos tempos respiratórios e da reeducação das hemicúpulas diafragmáticas sem resistência e reeducação costal global e seletiva (Cordeiro & Menoita, 2012).

Na presença de secreções brônquicas abundantes, sem tosse eficaz, a utente ficava agitada, polipneica, com saturações periféricas de oxigénio (SPO<sub>2</sub>) de 90-92%, evidenciando que necessitava de técnicas para limpeza das vias aéreas. Após auscultação e verificação da presença de roncos dispersos na base pulmonar direita, utilizaram-se como técnicas, a drenagem postural, manobras acessórias com percussão, vibração e compressão torácica, com posterior mobilização e remoção de secreções brônquicas através do *Cough Assist* (Chaves et al., 2013).

Após as sessões de reabilitação, a utente ficava mais tranquila, eupneica com SPO<sub>2</sub> de 95-96%. Verificou-se que ao longo de cinco semanas, existiu uma diminuição gradual de secreções brônquicas, com efeito benéfico no estado geral da utente, permitindo que se incidisse mais na reeducação funcional motora, uma vez que se sentia capaz de colaborar na execução de exercícios motores.

Em contexto hospitalar, na NC, destaca-se o programa de reabilitação com prioridade na função respiratória, implementado durante cinco sessões, a uma utente que obteve

melhorias significativas na ventilação pulmonar, trocas gasosas e oxigenação, na mobilização e remoção de secreções brônquicas (Holland et al., 2012; Marques et al., 2006; Spruit et al., 2013).

Devido aos antecedentes pessoais de insuficiência cardíaca e demência, foi difícil obter a participação da utente maioritariamente desorientada nas três vertentes. Sob oxigenoterapia com máscara de venturi com fluxo de oxigénio a 40% (10 litros/minuto), respiração predominantemente abdominal, superficial, polipneica, com SPO<sub>2</sub> de 92-93%, presença de secreções brônquicas, com tosse não eficaz e cansaço em repouso.

No seguimento da análise dos valores gasimétricos e da interpretação da radiografia do tórax, auscultou-se o tórax, ouvindo ronos na base pulmonar e diminuição do murmúrio vesicular à direita. Posto isto, planeou-se e implementou-se o programa de reeducação funcional respiratória que incidiu no ensino, instrução e treino da consciencialização e controlo respiratório com dissociação dos tempos respiratórios, respiração abdómen diafragmática, reeducação das hemicúpulas diafragmáticas sem resistência, reeducação costal global e seletiva. Realizaram-se manobras acessórias com percussão, compressão e vibração com auxílio de equipamento vibratório que estimulava acessos de tosse.

Inicialmente foi estimulado o reflexo de tosse e incentivada a mobilização de secreções brônquicas. Após cinco sessões de reabilitação, a utente realizou o desmame total de oxigenoterapia, ficando autónoma a mobilizar e expelir secreções brônquicas.

O programa de reeducação funcional respiratória e motora complementam-se entre si de forma integrada e coordenada. É essencial desenvolver intervenções do EEER que capacitem as pessoas com AVC, envolvendo as famílias/cuidadores e assegurando uma transição segura no processo saúde/doença (Matos & Simões, 2020).

No que respeita à reeducação funcional motora e sensorial, foi possível ensinar, instruir e treinar diferentes técnicas como a facilitação cruzada, posicionamentos antiespásticos, estimulação sensorial e mobilizações passivas, ativas assistidas, ativas e ativas resistidas, nos segmentos do corpo. Foram praticadas atividades terapêuticas como o rolar no leito, aplicar carga no cotovelo, rotação controlada da anca, realização da ponte e automobilização dos membros superiores e inferiores (Rocha et al., 2020).

De forma a promover o andar da pessoa com AVC, foi fundamental desenvolver planos de reabilitação que envolvessem um conjunto de exercícios de força muscular, uma vez que são fundamentais para a recuperação da capacidade de executar as AVD, como o andar, sendo um pré-requisito para uma vida saudável e independente (Stotz et al., 2023).

Praticaram-se exercícios de força com recurso a produtos improvisados do quotidiano dos utentes, tais como halteres, bandas elásticas, utilizando a força do corpo e através da

resistência de força da estudante. Para trabalhar a motricidade fina, utilizou-se a mola da roupa.

Para treinar o equilíbrio corporal, recorreu-se ao ensino, instrução e treino primeiramente de exercícios no leito, como a anteroversão-retroversão da bacia, elevação pélvica, rolamento e oscilação pélvica. Depois englobaram-se exercícios na posição de sentada em cadeira e bola suíça, com inclinação do tronco para os lados, flexão-extensão do tronco, com ênfase na correção postural em frente ao espelho quadriculado, quando disponível. O exercício de levantar para a posição de pé e o sentar foi fundamental para o controlo na posição estática em ortostatismo, assim como a correção postural em ortostatismo em frente ao espelho quadriculado. Quando a pessoa tomou consciência da postura correta a adotar na posição ortostática, progrediu-se nos exercícios de coordenação motora através de movimentos de cadeia cinética aberta e fechada, com apoio na parede, mesa, cama, utilizando objetos ou equipamento do quotidiano (Ahmed, et al., 2021; Cabanas-Valdés et al., 2021; Júnior et al., 2014).

O treino de marcha foi executado por fases, inicialmente em curtas distâncias, com apoio bilateral, com utilização de produto de apoio<sup>10</sup>, como o andarilho ou as canadianas. Conforme a tolerância ao esforço, progrediu-se o treino de marcha, reduzindo a necessidade de equipamentos auxiliares e os apoios da estudante, aumentando as distâncias percorridas.

Em alguns programas de reabilitação, tendo o exemplo dos estudos de caso, o treino de marcha culminou no subir e descer escadas, atividade complexa que exige força muscular, coordenação motora e equilíbrio corporal. A recuperação do equilíbrio ortostático e da capacidade de marcha são os elementos mais importantes da reabilitação após AVC, estando intrinsecamente ligados à independência funcional para a realização das AVD (Amaral-Natalio et al., 2011; Gacsal et al., 2018).

Em contexto hospitalar, existiu a oportunidade de colaborar com o EEER, especialista na aplicação de bandas neuromusculares. Aplicaram-se num membro superior com força de grau zero, com o propósito de realizar a estimulação nervosa, suscitando uma resposta eferente no membro plégico, para desencadear a atividade muscular. As bandas neuromusculares são conhecidas por melhorar o controlo sensório-motor e a propriocepção (Lin et al., 2021). Estudos recentes afirmam que as aplicações de bandas neuromusculares melhoram a capacidade de equilíbrio, função dos membros inferiores e capacidade de andar em pessoas com AVC (Hu et al., 2019).

---

<sup>10</sup> Produto de apoio: "(anteriormente designados de ajudas técnicas) qualquer produto, instrumento, equipamento ou sistema técnico usado por uma pessoa com deficiência, especialmente produzido ou disponível que previne, compensa, atenua ou neutraliza a limitação funcional ou de participação" (Decreto-Lei n.º 93, 2009, p. 2276).

No caso do Sr. JC, a utilização de bandas neuromusculares após massagem terapêutica do membro, em conjunto com o programa de reeducação funcional motora durante nove dias, acelerou o processo de recuperação da força do utente, ficando com força de grau dois no membro superior.

A estimulação neurosensorial envolve a utilização de estímulos cognitivos, sensoriais e motores. Os sentidos são considerados como um caminho para despertar a consciência e promover a reabilitação do utente com alterações graves da consciência (Monteiro et al., 2013).

Num utente em particular, com tetraplegia espástica e em estado mínimo de consciência, desenvolveu-se um programa de estimulação multisensorial através de um conjunto de atividades distribuídas por várias sessões. Primeiramente, estimulou-se a audição, com a apresentação ao utente, orientação no tempo/espço e explicação do que se iria fazer em cada sessão. Depois, estimulou-se a propriocepção através da realização dos cuidados de higiene em maca de banho assistido com água morna, contribuindo para o relaxamento corporal e redução da espasticidade, e ainda procedendo à realização de mobilizações passivas dos segmentos corporais. Foi solicitado ao irmão, a criação de uma lista com as preferências musicais do utente, assim como de aromas familiares, tais como o perfume pessoal e o café, utilizados para estimulação auditiva, olfativa e gustativa. Ainda foram utilizadas fotos do utente com familiares, para a estimulação visual (Varanda et al., 2015). As reações do utente perante os cuidados de higiene em maca de banho assistido, foram de tranquilidade e relaxamento total. Contudo, as reações às fotos, aos aromas familiares e às músicas, despertaram expressões de tristeza com choro associado, que evidenciaram o reconhecimento e a consciência do seu estado clínico.

Na perspetiva da pessoa idosa, que no decorrer da vida não sentiu compromissos de memória, aperceber-se que essas alterações provocam diversas mudanças no seu quotidiano, é difícil de compreender e aceitar. Exige readaptações tanto da pessoa idosa, como dos indivíduos que se relacionam com esta (Moretto et al., 2023).

No contexto domiciliário, identificaram-se alterações na memória recente do Sr. DM, alterações que interferiam no quotidiano e na realização das AVD. Desse modo, foram desenvolvidas atividades dinâmicas que permitiram estimular a memória, fortalecer a função cognitiva e mental e estimular a sua interação com outras pessoas. Recorreu-se ao treino de memória visual, através da nomeação em fotos, objetos e equipamentos disponíveis no domicílio. Durante o treino de marcha em ambiente urbano, recorreu-se a exercícios de dupla tarefa, tendo sido estimulada a cognição através de perguntas de orientação no tempo, espaço e pessoa. Foram utilizados jogos de imagens com diferentes

objetivos que o utente teve de identificar e jogos de frases e provérbios tradicionais que teve de interligar. Foi desenvolvido um calendário de registo de datas importantes, de forma a não se esquecer de acontecimentos importantes, tais como aniversários e datas de consultas. A estimulação cognitiva realizada ao longo das sessões permitiu ao Sr. DM adaptar-se às dificuldades diárias que interferiam com o seu bem-estar.

Em contexto hospitalar e de UCCI foi possível incidir com maior foco no treino das AVD, permitindo avaliar as dificuldades e incapacidades, intervindo de forma subjetiva e clara, de modo a ensinar, instruir e treinar os cuidados de higiene pessoal, o vestir e despir, a alimentação, a locomoção, a transferência e a eliminação vesical e intestinal. A independência e a funcionalidade máxima nas AVD são alcançadas através do treino de aptidões que permanecem inerentes à pessoa, mediante a utilização de estratégias adaptativas, como o uso de dispositivos compensatórios ou produtos de apoio (OE, 2011).

O programa de reabilitação com foco na mobilidade e AVD, permitem obter resultados significativos a nível do desenvolvimento do autocuidado, contribuindo para a prevenção de quedas (Huijben-Schoenmakers et al., 2013).

A AVD relacionada com a alimentação revelou-se ser uma atividade de grande importância principalmente no serviço de NC, tendo em conta que em contexto de lesão neurológica, são evidentes alterações da deglutição que comprometem a capacidade de alimentar-se autonomamente e em segurança. A disfagia é considerada um dos problemas mais frequentes após AVC, com consequências diretas e indiretas, na mortalidade, morbilidade e custos no tratamento (Batista et al., 2023). Foi possível capacitar a pessoa para o alimentar-se de forma autónoma com ou sem auxílio de produtos de apoio, ajustando a alimentação e líquidos à preferência pessoal e às suas necessidades, em articulação com a dietista e nutricionista.

É importante realçar que o treino de AVD baseou-se na vontade da pessoa, nos seus hábitos e costumes praticados no domicílio, promovendo a sua total participação nos cuidados, de forma a readaptar-se à transição saúde/doença ou incapacidades funcionais e reintegrar-se no domicílio e comunidade.

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

Com o foco de desenvolver as competências neste domínio<sup>11</sup>, delineou-se como objetivo específico “Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania”.

A deficiência é considerada um problema existente nas funções ou nas estruturas do corpo, relacionada com um desvio importante ou uma perda (OMS & DGS, 2004). As deficiências podem originar perda ou limitação de outras funções, por exemplo a diminuição da força muscular que pode prejudicar as funções do movimento e interferir no andar, assim como desencadear complicações decorrentes dessa imobilidade nos diferentes sistemas orgânicos (OE, 2013).

Quando a pessoa apresenta limitação da atividade significa que esta detém dificuldade em executar determinada atividade, causada por doença aguda ou crónica ou pelo avanço da idade, assim como a restrição da participação para a reinserção e exercício em sociedade, expresso pela dificuldade da pessoa em exercer o seu direito enquanto cidadã (Gikaro et al., 2022).

A incapacidade funcional desenvolve-se de forma dinâmica e progressiva. Com o passar do tempo, a pessoa perde a capacidade de realizar as AVD de forma independente. Através da compreensão dos fatores de risco subjacentes e dos mecanismos relacionados com o processo de incapacidade, é possível desenvolver programa de reabilitação para prevenir ou retardar o aparecimento da incapacidade funcional (Peter et al., 2023).

Um dos objetivos do EEER é capacitar a pessoa para o autocuidado, o que o faz incidir na promoção da capacidade funcional e readaptação pessoal e social (Parecer n.º 12/2011). Através da promoção da mobilidade, acessibilidade e participação social, o EEER promove a qualidade de vida, a maximização da funcionalidade, o autocuidado e a prevenção de complicações evitando ou minimizando as incapacidades (Regulamento n.º 350/2015). A partir dessas incapacidades e deficiências existentes, procura promover a igualdade nas vivências diárias face às outras pessoas da sociedade (Deodato, 2016).

A existência de comunicação, capacidade de compreensão e adaptação à pessoa surge como uma ferramenta crucial na prática diária dos cuidados de enfermagem de

---

<sup>11</sup> Incluem-se as competências: J2.1 — Elabora e implementa programa do treino de AVD´s 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.

reabilitação, o que vai ao encontro dos descritores de *Dublin* que conferem o grau de Mestre e a conclusão com sucesso do segundo ciclo de ensino (Bologna Working Group on Qualifications Frameworks, 2005; Fernandes & Vareta, 2019).

Aplicando os conhecimentos adquiridos no primeiro e segundo ciclo de ensino, é essencial ao EEER desenvolver a competência de autoaprendizagem ao longo da vida, procurando capacitar outros profissionais de saúde para a adoção de comportamentos corretos e seguros na prática dos cuidados de saúde (Bologna Working Group on Qualifications Frameworks, 2005).

No período de estágio, em contexto de UCC, identificou-se a lacuna de conhecimentos e a adoção de comportamentos de risco para o desenvolvimento de lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERT) por parte da equipa de técnicos auxiliares de saúde.

Neste sentido, desenvolveram-se sessões de formação para os profissionais (APÊNDICE 4), com o objetivo de sensibilizar para comportamentos de risco e adotar medidas preventivas das LMERT, uma vez que a prestação de cuidados à pessoa com alterações da mobilidade deve ser assegurada sem prejudicar a saúde de quem cuida (OE, 2013). As sessões englobaram um conjunto de exercícios de aquecimento, treino de fortalecimento muscular e alongamentos, dinamizados em grupo.

Ao longo do estágio, foram desenvolvidas intervenções fundamentadas a partir da TDAE que defende que o autocuidado deve ser aprendido e praticado continuamente, tendo por base as necessidades da pessoa (Orem, 2001). O EEER pode substituir parcial ou totalmente a ação da pessoa, ou simplesmente ensinar, instruir e treinar o autocuidado, supervisionando as atividades autónomas (Regulamento n.º 392/2019). Deste modo, primeiramente foram avaliadas as limitações da pessoa, seguindo-se o planeamento e implementação do treino de AVD em função das necessidades e preferência da pessoa (Regulamento n.º 392/2019).

Em ambiente hospitalar, procurou-se capacitar a pessoa internada com limitação da capacidade funcional, envolvendo sempre que possível, o cuidador/familiar no processo de cuidar, no planeamento da alta e na reintegração da pessoa na família e na comunidade (Regulamento n.º 392/2019).

No serviço de Ortopedia conseguiu-se implementar o treino de AVD direcionado à higiene pessoal, vestuário, controlo da eliminação vesical e intestinal e uso de sanitários bem como a transferência e locomoção autónoma com e sem recurso a produtos de apoio.

Com o intuito de capacitar a pessoa para o autocuidado autónomo após a alta hospitalar, avaliaram-se as limitações funcionais, prescreveram-se os produtos de apoio necessários, como o assento da sanita elevado para evitar luxação da prótese da anca, barra de apoio

do chuveiro, banco de duche, escova de cabo comprido para auxílio nos cuidados de higiene e andarilho ou canadianas para andar autonomamente.

É importante referir que apesar do EEER apresentar a competência para avaliar, prescrever, ensinar, instruir e treinar com os produtos de apoio, para efeitos de participação económica da maioria dos produtos de apoio existe a necessidade de prescrição médica (Despacho n.º 7197, 2016).

Foi imprescindível o treino de AVD com auxílio de produtos de apoio, uma vez que estes produtos permitem que a pessoa se adapte à sua condição de saúde atual e ganhe segurança e independência na realização das atividades.

A título de exemplo, na UCCI colaborou-se com o Sr. IG, que ficou tetraparésico com espasticidade generalizada e diminuição da força (grau dois na escala de força muscular MRC) nos membros superiores e inferiores, causada por uma paragem cardiorrespiratória.

Foi um desafio motivar o Sr. IG para aderir ao plano de reabilitação, adiando várias vezes os cuidados de higiene na casa de banho. Respeitou-se a sua vontade e o seu tempo para interagir, reforçando que seria fundamental aprender e treinar os autocuidados de forma a ganhar autonomia. Após reforço positivo e incentivo ao ganho de capacidade funcional, o Sr. IG mostrou-se recetivo a realizar os cuidados de higiene na casa de banho com recurso a cadeira sanitária. Como resultado da maior adesão ao plano de reabilitação, o senhor constatou os resultados positivos obtidos. O plano foi progressivamente adaptado às novas capacidades, tendo sido ensinado, instruído e treinado no ato de lavar os dentes, lavar partes do corpo com a esponja e a manter a correção postural em frente ao espelho. Com apoio da tábua de transferência, colaborou na passagem da cadeira sanitária para a cadeira de rodas ou cama. Na AVD alimentação, estimulou-se a propriocepção com iogurte de aromas e procedeu-se ao treino de deglutição.

No serviço de NC, o Sr. JC treinou as AVD com auxílio dos produtos de apoio que lhe conferiram autonomia no autocuidado. Foi ensinado, instruído e treinado para utilizar a tábua de transferência quando precisava de se transferir, para a cadeira sanitária, cama, cadeirão e/ou cadeira de rodas. Ainda que numa fase inicial precisasse de ajuda, com o treino gradual das AVD com os produtos de apoio, tornou-se autónomo na sua utilização, necessitando somente de supervisão.

Destaca-se ainda o caso do Sr. AS, com hemiplegia, paresia facial e alteração da deglutição como sequela do AVC hemorrágico. Neste caso, o programa de treino de AVD incidiu essencialmente na alimentação e locomoção. Envolver a esposa no processo de recuperação foi fundamental para motivar o Sr. e tranquilizar a esposa. No treino de marcha, utilizou-se o andarilho permitindo aumentar a base de apoio e segurança. Utilizou-se a cadeira sanitária para levar o utente à casa de banho para a higiene pessoal e

eliminações. Foi estimulado a lavar os dentes, a pentear-se, fazer a barba de forma autónoma, mantendo a supervisão dos cuidados. Na AVD alimentação, envolveu-se a esposa no processo de recuperação e readaptação, uma vez que permaneceu com sonda nasogástrica durante dois meses. Com o treino de deglutição, gradualmente foi introduzida a alimentação oral com sucesso. A esposa recebeu instrução e treino para preparar os alimentos e estimular a ingestão alimentar e hídrica do utente de forma autónoma e segura. Recorreu-se à palhinha para beber água, ao suporte de mesa em acrílico e prato com rebordo para capacitar a pessoa a alimentar-se autonomamente.

No que toca à capacidade de andar, durante o estágio, foi visível a evolução em diversos utentes com diferentes patologias, quer do foro neurológico, respiratório ou ortopédico. Percebeu-se que a motivação pessoal para aderir ao plano de reabilitação associada à constatação dos ganhos em saúde, ajudou no cumprimento do programa de exercícios que culminou no treino de marcha e no treino de subir e descer degraus de escadas (Wohlrab et al., 2022). Realizou-se o ensino, instrução e treino de marcha com ou sem recurso a andador ou bengala, em piso regular e irregular com declínios e obstáculos que exigissem à pessoa se desviar.

Quando a pessoa conseguiu deslocar-se à casa de banho, estimulou-se a eliminação urinária e intestinal na sanita, aumentando a autonomia no autocuidado. No caso da pessoa com mobilidade condicionada restrita ao leito, estimulou-se a utilização de arrastadeira, pedindo a colaboração da pessoa através da elevação pélvica. Na reeducação vesical, realizaram-se exercícios para fortalecer a musculatura pélvica, ensinou-se, instruiu-se e treinou-se com utentes do foro neurológico, a micção cronometrada, o auto-esvaziamento vesical. Na reeducação intestinal, ensinou-se, instruiu-se e treinou-se exercícios para fortalecimento da musculatura pélvica, colaborou-se no ajuste de hábitos alimentares, que favorecessem o trato intestinal, na programação do horário para evacuar e no treino intestinal com auxílio de laxantes (Dawson et al., 2018).

No caso do Sr. DM, a intervenção teve início com a avaliação das necessidades e identificação da dinâmica familiar. O plano de reabilitação incidiu no fortalecimento muscular e capacidade funcional para a realização das AVD. Foram realizados exercícios com recurso a produtos de apoio e materiais disponíveis no domicílio, contribuindo para aumentar a resistência, melhorar a força muscular, a amplitude de movimentos, o controlo da estabilidade postural e o equilíbrio corporal, capacitando-o para o autocuidado e realização de exercício físico em parceria com a esposa.

Através do ensino, instrução e treino de AVD alimentação, locomoção, transferência e higiene pessoal, o senhor DM constatou que a utilização de produtos de apoio favorecia a sua autonomia, reduzindo a dependência de cuidados da esposa e o risco de queda

associado à atividade (Huijben-Schoenmakers et al., 2013). Deste modo, após o EEER selecionar e prescrever os produtos de apoio, a família adquiriu uma escova de cabo comprido e um tapete antiderrapante para assegurar a segurança durante os cuidados de higiene no duche. Foi ainda reaproveitado um banco existente no domicílio para possibilitar que o Sr. se sentasse durante os cuidados de higiene pessoal.

A acessibilidade é um fator crucial na qualidade de vida da pessoa com mobilidade condicionada, sendo imprescindível para a realização das AVD. O EEER tem um papel fundamental na promoção da acessibilidade nos diferentes contextos de cuidados, dado que dispõe da competência para capacitar estes indivíduos para a reinserção e exercício da cidadania (Silva et al., 2019).

Durante a avaliação do ambiente domiciliário, identificaram-se barreiras arquitetónicas que provocam inacessibilidade ao meio, contribuindo para a limitação da funcionalidade e desenvolvimento de incapacidades, tais como a existência de móveis dispostos em locais de passagem, tapetes escorregadios e degraus entre as divisões do domicílio.

Procurou-se sensibilizar o utente e esposa para a importância de reduzir os fatores desencadeantes da ocorrência de quedas. Os móveis foram deslocados, desimpedindo a passagem e os tapetes foram removidos, de forma a evitar escorregar e tropeçar. No sentido de melhorar a adaptação aos degraus existentes em casa, optou-se por treinar a subida e descida de degraus em segurança com calçado adequado, fazendo parte do treino de exercícios diários.

### **2.2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa**

No âmbito do desenvolvimento das competências neste domínio<sup>12</sup>, definiu-se como objetivo específico “Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”.

O EEER é responsável por conceber, implementar e monitorizar programas de enfermagem diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais (Regulamento n.º 350/2015). O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permite-lhe tomar decisões relativas à promoção do bem-estar, da qualidade de vida e recuperação da funcionalidade da pessoa, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades da pessoa (Parecer n.º 12/2011; Regulamento n.º 350/2015).

---

<sup>12</sup> Incluem-se as competências: 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 do estágio, desenvolveram-se intervenções que permitiram a maximização das capacidades funcionais da pessoa, melhorando o seu desempenho motor e cardiorrespiratório durante a realização das tarefas diárias.

Realizou-se o ensino, instrução e treino motor, ao nível do fortalecimento muscular ajustado à capacidade funcional da pessoa e aos seus objetivos, aumentando a sua qualidade de vida. Tanto a pessoa como a família valorizam a capacidade de andar. De forma a maximizar a funcionalidade dos utentes, foram desenvolvidos programas de reabilitação que incidiram no ensino, instrução e treino de exercícios para aumentar o equilíbrio corporal, assim como a capacidade de andar e subir e descer escadas.

Associado ao treino motor, realizou-se o ensino, a instrução e treino cardiorrespiratório, que envolveu a consciencialização, controlo e dissociação dos tempos respiratórios, posicionamentos e técnicas de relaxamento, alinhamento e correção postural, treino dos músculos envolvidos na respiração e técnicas de conservação de energia. Estas intervenções permitiram otimizar a ventilação, melhorando as trocas gasosas, coordenação e fortalecimento dos músculos respiratórios, bem como aumentar a resistência e capacidade de realizar exercício físico (Cordeiro & Menoita, 2012; Direção-Geral de Saúde, 2009; França et al., 2012; Spruit et al., 2013).

A prática de exercício físico favorece o aumento da aptidão cardiorrespiratória e a diminuição de sintomas depressivos, uma vez que aumenta a sensação de bem-estar e a qualidade de vida (Matos & Simões, 2020).

Nos programas de reabilitação desenvolvidos em contexto de domicílio, foram focados os benefícios da prática regular de exercício físico. A independência ou o máximo de funcionalidade possível para a prática de AVD, só é atingido através do treino de capacidades existentes e/ou do uso de estratégias adaptativas, que requerem a utilização de dispositivos de compensação ou produtos de apoio. O treino de AVD constitui parte integrante dos programas de reabilitação, uma vez que proporciona à pessoa a oportunidade de adquirir o máximo de funcionalidade após um acidente ou doença (Parecer n. °12/2011).

A intervenção do EEER com foco no conhecimento e aprendizagem de capacidades da pessoa, permite o *empowerment*, a tomada de decisão e aplicação dos conhecimentos na prática, de modo a capacitar a pessoa para encarar os desafios que surgem diariamente, maximizar a sua autonomia, facilitar a realização das AVD, melhorar a sua participação na sociedade, e conseqüentemente a perceção da qualidade de vida relacionada com o processo de transição saúde-doença (Sousa et al., 2020).

A obtenção de ganhos em saúde a partir da implementação de planos de reeducação funcional, só são visíveis quando além das sessões de treino com o EEER, a pessoa dá

continuidade ao plano de treino de exercício nas restantes horas do dia. Daí o ensino à pessoa e família assumir especial relevância, pois a informação deve conduzir ao desenvolvimento de capacidades que permitam gerir os seus próprios cuidados e controlar a sua vida de forma autónoma (Fernandes & Vareta, 2019).

Desta forma, durante o planeamento das sessões de reeducação funcional, realizou-se o ensino à pessoa e cuidador informal sobre o conjunto de exercícios a realizar, quando, a quantidade e duração do exercício. Esclareceram-se dúvidas acerca das patologias existentes, bem como as complicações associadas a essas em caso de absentismo da prática de exercício físico, reforçou-se a importância de manter uma alimentação saudável, com moderação do consumo de álcool e a cessação tabágica.

Durante o estágio procurou-se obter o máximo de ganhos em saúde, a partir da avaliação da funcionalidade da pessoa, utilizando instrumentos de avaliação que permitiram identificar os ganhos das intervenções do EEER.

Na procura de maximizar a funcionalidade e desenvolver as capacidades da pessoa, colaborou-se na dinamização de sessões de formação, já referidas, que envolveu a parceria entre a UCC e a instituição com estrutura residencial para pessoas idosas. No decorrer das sessões interligou-se a componente formativa com a dinâmica, através da prática de exercício físico em grupo. Aos participantes foi entregue folhetos informativos que serviram como guia orientador de um plano simples de exercício físico a aplicar no domicílio.

O desenvolvimento das competências exigiu a mobilização de conhecimentos adquiridos nos módulos teóricos e teórico-práticos lecionados no primeiro ano do curso de mestrado, a pesquisa de artigos científicos e leitura de obras de referência na temática, assim como os conhecimentos adquiridos e partilhados com os EEER orientadores e o professor orientador. Todo o processo de aprendizagem permitiu aprofundar os conhecimentos, baseando a prática do cuidar em evidência científica.

Decidiu-se abordar o tema da promoção do andar na pessoa após AVC, por ser considerada uma área de intervenção muito prioritária para a enfermagem de reabilitação, associado ao interesse pessoal na área motora.

A promoção do andar após AVC deriva do conjunto de intervenções de reabilitação que envolveram uma avaliação das necessidades da pessoa, um planeamento e implementação de programa de reabilitação a incidir essencialmente no fortalecimento muscular, no equilíbrio corporal, no andar com ou sem recurso a produto de apoio, de modo a promover o andar o mais independente possível.

A intervenção do EEER na promoção do andar da pessoa com AVC é fundamental. Os resultados dessa intervenção foram visíveis no caso do Sr. DM, não só na sua capacitação da limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da

cidadania, mas também na maximização da funcionalidade ao conceber e implementar programas de treino motor, cardíaco e respiratório. Neste caso em concreto, estimulou-se a mobilidade e a participação social através do planeamento e realização de caminhadas diárias com aumento progressivo das distâncias percorridas, conforme a tolerância. Estudos demonstram que a participação em programas de exercício em formato de grupo, evidenciam maior adesão ao plano de reabilitação (Fernandes et al., 2021). Neste sentido, foi incentivado o convívio e a interação social, tendo um grupo de amigos participado neste exercício.

## CONCLUSÃO

Na perspetiva de conclusão do relatório de estágio, é fundamental realizar uma avaliação global do percurso de desenvolvimento pessoal e académico no curso de mestrado. Para tal, através da tipologia de análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*), pretende-se identificar os pontos fortes, as fraquezas, as oportunidades e as ameaças sentidos neste percurso académico.

### *Strengths*

O desenvolvimento do relatório de estágio permitiu integrar e aplicar os conhecimentos teórico-práticos adquiridos no primeiro ano de curso, contribuindo para a consolidação de conhecimentos e práticas de cuidados diferenciados, bem como o desenvolvimento de competências essenciais à obtenção do grau de Mestre e do título profissional de EEER.

A prática de cuidados mediante a aplicação dos conhecimentos lecionados e a bibliografia consultada para a elaboração do relatório de estágio, contribuiu para o desenvolvimento das competências do EEER baseadas em evidência científica.

No decorrer do estágio frequentou-se vários contextos de prática de cuidados, permitindo uma grande diversidade de experiências profissionais e interações multidisciplinares.

O desenvolvimento das competências comuns e específicas durante o período de estágio com a posterior documentação em relatório de estágio, permitiu uma reflexão pessoal constante sobre a especificidade dos cuidados especializados do EEER e sobre a sua importância para a pessoa com diferentes necessidades de saúde.

Em contexto de estágio, no âmbito de UCC, conseguiu-se intervir e desenvolver um programa de reabilitação assente nas dificuldades apresentadas pela pessoa após AVC, onde se capacitou esta para andar e desempenhar as AVD de forma autónoma.

### *Weaknesses*

Como fraquezas identificadas neste percurso académico destaca-se o facto de durante o período de estágio, essencialmente no âmbito hospitalar, os EEER orientadores nem sempre estarem alocados unicamente aos cuidados de reabilitação, o que pôde condicionar a orientação da estudante.

Ainda, durante o estágio em UCC notou-se que o facto de abranger uma grande área geográfica, limitou a atuação do EEER, isto porque a distância entre utentes era demasiada, condicionando o tempo de cuidados de reabilitação dedicados a esses.

### *Opportunities*

A possibilidade de realizar o estágio em contextos bastantes díspares na sua forma de atuação, como no caso da UCC e no contexto hospitalar, possibilitou a perceção real das condições de saúde e habitacionais, que exigem ao EEER uma adaptação diária e criatividade constante na prestação dos cuidados de reabilitação.

Em contexto hospitalar, existiu a oportunidade de desenvolver uma norma de procedimento hospitalar que se enquadra no tema de projeto de estágio, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados no serviço de NC. Permitiu ainda o desenvolvimento de conhecimentos diferenciados que se estendeu a toda a equipa de enfermagem.

Durante a avaliação das necessidades aos utentes, utilizaram-se vários instrumentos e escalas de avaliação que permitiram quantificar os resultados das intervenções implementadas pela estudante.

A fundamentação dos cuidados de reabilitação a partir da TDAE, permitiu intervir de forma diversificada, em particular na pessoa com alterações do andar após AVC, concretizando na prática, enquanto estudante e futura EEER, o cuidado holístico.

### *Threats*

Durante o estágio no serviço de NC, expectou-se intervir com um maior número de pessoas com AVC, desafiando a prática de cuidados assente no tema de projeto de estágio. Apesar de não se ter conseguido desenvolver um estudo de caso num utente com AVC, implementou-se no âmbito da lesão extra-axial do seio cavernoso esquerdo, da qual se obteve resultados positivos no andar, na independência funcional e na melhoria da qualidade de vida.

A avaliação global de todo o percurso é bastante positiva. Através da realização do projeto de estágio, identificou-se o tema da promoção do andar na pessoa após AVC, uma das áreas considerada como muito prioritária de intervenção pelo EEER. Posteriormente, desenvolveram-se estratégias e métodos de trabalho que foram aplicados em estágio.

Refletindo sobre o percurso realizado, considera-se que foi possível desenvolver eficazmente as competências definidas pela OE para a atribuição do título profissional de

EEER, bem como as competências traçadas pelos descritores de *Dublin* para o segundo ciclo de ensino, a que confere o grau de Mestre.

O aprofundar de conhecimentos e capacidades diferenciadas, permitiram melhorar a prática de cuidados, demonstrando competência para a tomada de decisão em situações complexas, articulando com a equipa multiprofissional e comunicando os resultados inerentes ao processo de tomada de decisão.

No processo de cuidar, foi essencial desenvolver uma relação empática com a pessoa, realizando uma avaliação de forma holística das suas necessidades, com auxílio de instrumentos e escalas de avaliação que permitiram dar visibilidade aos resultados obtidos pela intervenção do EEER. Em parceria de cuidados com a pessoa, planearam-se intervenções de reabilitação que possibilitaram ir ao encontro dos seus objetivos pessoais e implementaram-se programas de treino motor, sensorial, cognitivo, respiratório, cardíaco, da alimentação, da eliminação, bem como do treino de AVD, de forma a capacitar e/ou maximizar o potencial funcional e independência.

No que respeita às competências comuns do enfermeiro especialista, referente ao “Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal”, como forma de garantir os direitos humanos e o cuidado holístico, foi crucial exercer a prática de cuidados sobre os princípios éticos e normas deontológicas da profissão.

No “Domínio da melhoria contínua da qualidade”, colaborou-se na definição de planos de ação mediante a análise dos incidentes de queda ocorridos no serviço de ortopedia e desenvolveu-se uma fundamentação teórica que serviu de base para a elaboração de um projeto de melhoria contínua da qualidade. Implementaram-se sessões de formação com entrega de folhetos informativos, a dois grupos profissionais: técnicos auxiliares de saúde e enfermeiros de cuidados gerais/especialistas. Existiu ainda a participação no projeto escolar “Mochila às Costas”, o desenvolvimento da norma de procedimento hospitalar, sobre os cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com equilíbrio corporal comprometido e a elaboração do referencial de enfermagem de reabilitação, com o propósito de orientar as boas práticas do EEER em UCCI.

Para o desenvolvimento de competências no “Domínio da gestão dos cuidados”, organizaram-se cuidados de enfermagem de reabilitação assentes nas necessidades da pessoa, assumindo a liderança e gestão dos cuidados de qualidade através do trabalho em equipa, delegando e supervisionando as tarefas.

No “Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais” destaca-se a importância da reflexão sobre os conhecimentos teórico-práticos desenvolvidos neste percurso académico. Desenvolveu-se o protocolo de projeto de intervenção assente no projeto de educação postural nas crianças e a norma de procedimento hospitalar no serviço

de NC. Destacando a capacidade de autoaprendizagem e comunicação, participou-se no primeiro Webinar e Encontro Digital 2023/2024: Reabilitação e Cuidados Respiratórios, como preletora do tema referente à norma de procedimento hospitalar e divulgando em pósteres os conteúdos já mencionados. A capacidade de julgamento e tomada de decisões em equipa de trabalho foi evidente durante a participação nas jornadas científicas da Escola Superior Egas Moniz, como membro da comissão executiva. Participou-se no curso avançado de massagem terapêutica e aplicação de bandas neuromusculares, para reforçar os conhecimentos teórico-práticos sobre esta área de interesse. Participou-se também no II Seminário sobre a terapia de estimulação multissensorial que permitiu conhecer e experienciar técnicas de relaxamento a aplicar em vários contextos da prática clínica. Procurou-se enriquecer a prática através da participação em cursos de formação e sessões de esclarecimento que permitiram complementar os conhecimentos adquiridos durante o curso de mestrado.

Ao longo do relatório de estágio foram evidentes os resultados obtidos a partir das intervenções planeadas e implementadas pela estudante, como é visível nos estudos de caso. Procurou-se corresponder às necessidades da pessoa, enquanto ser holístico, atingindo ganhos em saúde e providenciando a satisfação e bem-estar.

Desenvolvendo as competências específicas do EEER, conseguiu-se cuidar da pessoa com necessidades especiais em vários contextos da prática, capacitou-se a pessoa com deficiência ou limitação funcional, de modo a reinseri-la na sociedade, e maximizou-se as capacidades funcionais da pessoa em prol da qualidade de vida.

No término deste relatório, considera-se que a frequência do curso de mestrado permitiu o desenvolvimento de conhecimentos diferenciados que irão possibilitar intervir com pessoas que apresentam necessidades complexas de cuidados e reabilitar as suas capacidades funcionais.

As competências adquiridas e desenvolvidas neste percurso académico consideraram-se como as capacidades e conhecimentos que têm influência favorável nos cuidados de enfermagem de reabilitação e na vida da pessoa.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbas, M., Malicke, D. T., & Schramski, J. T. (2023). Stroke Anticoagulation. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31751016/>
- Ahmed, U., Karimi, H., Amir, S., & Ahmed, A. (2021). Effects of intensive multiplanar trunk training coupled with dual-task exercises on balance, mobility, and fall risk in patients with stroke: a randomized controlled trial. *The Journal of international medical research*, 49(11), 3000605211059413. <https://doi.org/10.1177/03000605211059413>
- Albright-Trainer, B., Dayal, R., Agarwala, A. & Pukenas, E. (2020). Liderança Efetiva e Cultura de Segurança do Paciente. *Boletim da Fundação para a Segurança dos Doentes de Anestesia*, 3(2), 45-47. <https://www.apsf.org/wp-content/uploads/newsletters/2020/0302-pt-br/APSf0302-PT-BR.pdf>
- Amaral-Natalio, M., Nunes, G., Herber, V. & Michaelsen, S. (2011). Relação entre cadência da subida e descida de escada, recuperação motora e equilíbrio em indivíduos com hemiparesia. *Acta Fisiatrica*, 18(3), 146-150. <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/103642/102106>
- Atalan, P., Bērziņa, G., & Sunnerhagen, K. S. (2021). Influence of mobility restrictions on post-stroke pain. *Brain and behavior*, 11(5), e02092. <https://doi.org/10.1002/brb3.2092>
- Balaban, B., & Tok, F. (2014). Gait disturbances in patients with stroke. *PM & R : the journal of injury, function, and rehabilitation*, 6(7), 635-642. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2013.12.017>
- Bang, D. H., & Shin, W. S. (2016). Effects of robot-assisted gait training on spatiotemporal gait parameters and balance in patients with chronic stroke: A randomized controlled pilot trial. *Neuro Rehabilitation*, 38(4), 343-349. <https://doi.org/10.3233/NRE-161325>
- Batista, S. M. L. P., Campos, D., Ramos, D., Figueiredo, E., Marques, F., Cardoso, M., & Caldeira, S. (2023). Disfagia pós-AVC: importância de uma avaliação de enfermagem estruturada na prevenção de complicações. *Studies in health sciences*, 4(2), 311-326. <https://doi.org/10.54022/shsv4n2-002>
- Berg, K. O., Wood-Dauphinee, S. L., Williams, J. I., & Maki, B. (1992). Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. *Canadian journal of public health*, 83(2), S7-S11. <https://www.researchgate.net/publication/21687774> Measuring balance in the elderly  
[Validation of an instrument](https://www.researchgate.net/publication/21687774)
- Blanck, E., Fors, A., Ali, L., Brännström, M., & Ekman, I. (2021). Informal carers in Sweden - striving for partnership. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 16(1), 1994804. <https://doi.org/10.1080/17482631.2021.1994804>
- 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>
- Bologna Working Group on Qualifications Frameworks. (2005). Framework for Qualifications of the European Higher Education Area. Copenhagen: Ministry of Science, Technology and Innovation. [https://www.ehea.info/media/ehea.info/file/WG\\_Frameworks\\_qualification/71/0/050218\\_QF\\_EHEA\\_580710.pdf](https://www.ehea.info/media/ehea.info/file/WG_Frameworks_qualification/71/0/050218_QF_EHEA_580710.pdf)
- Borg, G. A. (1982). Psychophysical bases of perceived exertion. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 14(5), 377-381.

[https://journals.lww.com/acsmmsse/Abstract/1982/05000/Psychophysical\\_bases\\_of\\_perceived\\_exer\\_tion.12.aspx](https://journals.lww.com/acsmmsse/Abstract/1982/05000/Psychophysical_bases_of_perceived_exer_tion.12.aspx)

Brunt, B. A., & Bogdan, B. A. (2023). Nursing Professional Development Leadership. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30085606/>

Cabanas-Valdés, R., Boix-Sala, L., Grau-Pellicer, M., Guzmán-Bernal, J. A., Caballero-Gómez, F. M., & Urrútia, G. (2021). The Effectiveness of Additional Core Stability Exercises in Improving Dynamic Sitting Balance, Gait and Functional Rehabilitation for Subacute Stroke Patients (CORE-Trial): Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. *International journal of environmental research and public health*, 18(12), 6615. <https://doi.org/10.3390/ijerph18126615>

Carvalho, S. C., Martins, F. S., Martins, A. N., Barbosa, R. C., & Vicente, S. G. (2023). Effectiveness of Snoezelen in older adults with neurocognitive and other pathologies: A systematic review of the literature. *Journal of neuropsychology*, 10.1111/jnp.12346. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/jnp.12346>

Cha, Y., Kim, Y., Hwang, S., & Chung, Y. (2014). Intensive gait training with rhythmic auditory stimulation in individuals with chronic hemiparetic stroke: a pilot randomized controlled study. *NeuroRehabilitation*, 35(4), 681–688. <https://doi.org/10.3233/NRE-141182>

Chaves, G. S., Fregonezi, G. A., Dias, F. A., Ribeiro, C. T., Guerra, R. O., Freitas, D. A., Parreira, V. F., & Mendonca, K. M. (2013). Chest physiotherapy for pneumonia in children. *The Cochrane database of systematic reviews*, (9), CD010277. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010277.pub2>

Chien L. Y. (2019). Evidence-Based Practice and Nursing Research. *The journal of nursing research : JNR*, 27(4), e29. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000346>

Choi, W., Han, D., Kim, J., & Lee, S. (2017). Whole-Body Vibration Combined with Treadmill Training Improves Walking Performance in Post-Stroke Patients: A Randomized Controlled Trial. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 23, 4918–4925. <https://doi.org/10.12659/msm.904474>

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2019). Browser Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão 2019. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Corbetta, D., Imeri, F., & Gatti, R. (2015). Rehabilitation that incorporates virtual reality is more effective than standard rehabilitation for improving walking speed, balance and mobility after stroke: a systematic review. *Journal of physiotherapy*, 61(3), 117–124. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2015.05.017>

Cordeiro, M. & Menoita, E. (2012). Manual de boas práticas na reabilitação respiratória – Conceitos, princípios e Técnicas Lusociência.

Dawson, S., Smith, C., Norton, C., Kilonzo, M., Drake, M. J., & Cotterill, N. (2018). Conservative interventions for urinary or faecal incontinence, or both, in adults with multiple sclerosis. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(10), CD013150. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013150>

Decreto-Lei n.º 93/2009 de 16 de Abril (2009). Sistema de atribuição de produtos de apoio a pessoas com deficiência e a pessoas com incapacidade temporária. Diário da República. 1ª Série, N.º 74 (16-04-2009). 2275 – 2277. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/2009-117557018-117556961>

Deodato, S. (2016). Ética nos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (coord) (1.ª Edição). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. 35-39. Lusodidacta.

Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Diário da República. 2ª Série, N.º 28 (10-02-2015). 3882-3882. [0000200010.pdf](https://files.diariodarepublica.pt/0000200010.pdf) ([diariodarepublica.pt](http://diariodarepublica.pt))

Despacho n.º 7197/2016 de 01 de junho (2016). Lista de produtos de apoio. Diário da República. 2ª Série, N.º 105 (01-06-2016). 17168-17185. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2016/06/105000000/1716817185.pdf>

Dias, P., Teixeira, H., Palma, M., Messias, P., Vieira, J., & Ferreira, R. (2022). Intervenções de reeducação funcional respiratória na pessoa com doença respiratória: revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(4), e20210654. <https://www.scielo.br/j/reben/a/YNhM6sb9KwRp9vPhqyPyPmd/?format=pdf&lang=pt>

Direção-Geral da Saúde. (2009). Orientações técnicas sobre reabilitação respiratória na doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC): Circular informativa nº 40/DSPCD, de 27/10/2009.

Direção-Geral da Saúde. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030 – Saúde Sustentável: De tod@s para tod@s*. Ministério da Saúde. 128-182. <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/plano-nacional-de-saude-2021-2030-em-consulta-publica-ate-7-de-maio1.aspx>

Druzicki, M., Guzik, A., Przysada, G., Kwolek, A., & Brzozowska-Magon, A. (2015). Efficacy of Gait Training Using a Treadmill with and without Visual Biofeedback in Patients After Stroke: A Randomized Study. *Journal of Rehabilitation Medicine (Stiftelsen Rehabiliteringsinformation)*, 47(5), 419-425. <https://doi.org/10.2340/16501977-1949>

Duarte, M. & Boeck, J. (2015). O trabalho em equipa na Enfermagem e os limites e possibilidades da estratégia saúde da família. *Trabalho, Educação e Saúde*, 13(3), 709-720. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00054>

Dujović, S. D., Malešević, J., Malešević, N., Vidaković, A. S., Bijelić, G., Keller, T., & Konstantinović, L. (2017). Novel multi-pad functional electrical stimulation in stroke patients: A single-blind randomized study. *NeuroRehabilitation*, 41(4), 791-800. <https://doi.org/10.3233/NRE-172153>

Feigin, V. L., Brainin M., Norrving B., Martins, S., Fischer, M., Pandian, J., & Lindsay, P. (2022). World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. *International Journal of Stroke*, 17(1), 18-29. <https://doi.org/10.1177/17474930211065917>

Fernandes, J. B. & Almeida, A. S. (2017). Prevenção de Quedas no Hospital. A aplicação da teoria das consequências funcionais. NEA.

Fernandes, J. B. & Vareta, D. A. (2019). *Enfermagem Avançada*. Papa Letras.

Fernandes, J. B., Fernandes, S. B., Almeida, A. S., Vareta, D. A., & Miller, C. A. (2021). Older Adults' Perceived Barriers to Participation in a Falls Prevention Strategy. *Journal of personalized medicine*, 11(6), 450. <https://doi.org/10.3390/jpm11060>

Fernandes, J., Vareta, D., & Castro, F. (2020). Necessidades dos Cuidadores Informais da Pessoa com Demência em Contexto de Institucionalização de Longo Prazo: Revisão Scoping. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 27-38. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2020.n1.v1.1758>

Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). "Mini-Mental State" a Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198. [https://turkpsikiyatri.org/arsiv/mmse\\_folstein\\_mchugh.pdf](https://turkpsikiyatri.org/arsiv/mmse_folstein_mchugh.pdf)

França, E., Patrícia, F., Cavalcanti, F., Prata, A., Aquim, M. & Damasceno, M. (2012). Fisioterapia em pacientes críticos adultos: recomendações do Departamento de Fisioterapia da Associação de Medicina Intensiva Brasileira. *Revista Brasileira de Terapia*

- Intensiva*, 24(1), 6-22.  
<https://www.scielo.br/j/rbti/a/GxXyxWJ3HssKPrYpKxn9MLn/?format=pdf&lang=pt>
- Frontera, W. R., DeLisa, J.A., Gans, B.M., & Robinson, L.R. (2019). *DeLisa's physical medicine and rehabilitation: principles and practice*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Gacsal, C., Takács, K., Kovács, R., & Dénes, Z. (2018). Examination of static and dynamic balance of brain injured patients in elastic space. *Annals of Physical & Rehabilitation Medicine*, 61, e354. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2018.05.826>
- Ghaffari, A., Rostami, H. R., & Akbarfahimi, M. (2021). Predictors of Instrumental Activities of Daily Living Performance in Patients with Stroke. *Occupational therapy international*, 2021, 6675680. <https://doi.org/10.1155/2021/6675680>
- Gikaro, J. M., Xiong, H., & Lin, F. (2022). Activity limitation and participation restriction in Osteoarthritis and Rheumatoid arthritis: findings based on the National Health and Nutritional Examination Survey. *BMC musculoskeletal disorders*, 23(1), 647. <https://doi.org/10.1186/s12891-022-05607-z>
- Gittins, M., Lugo-Palacios, D., Vail, A., Bowen, A., Paley, L., Bray, B., & Tyson, S. (2021). Stroke impairment categories: A new way to classify the effects of stroke based on stroke-related impairments. *Clinical rehabilitation*, 35(3), 446-458. <https://doi.org/10.1177/0269215520966473>
- Global Burden of Disease 2019 Stroke Collaborators. (2021). Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Neurology*, 20(10), 795-820. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(21\)00252-0](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(21)00252-0)
- Granger, C. V., Hamilton, B. B., Keith, R. A., Zielezny, M. & Sherwin, F. S. (1986). Advances in functional assessment for medical rehabilitation. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 1(3), 59-74. [http://journals.lww.com/topicsingeriatricrehabilitation/Abstract/1986/04000/Advances\\_in\\_functional\\_assessment\\_for\\_medical.7.aspx](http://journals.lww.com/topicsingeriatricrehabilitation/Abstract/1986/04000/Advances_in_functional_assessment_for_medical.7.aspx)
- Guzik, A., & Bushnell, C. (2017). Stroke Epidemiology and Risk Factor Management. *Continuum*, 23(1, Cerebrovascular Disease), 15-39. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000416>
- Ha, S.-Y., & Sung, Y.-H. (2020). Effects of Fresnel prism glasses on balance and gait in stroke patients with hemiplegia: A randomized controlled trial pilot study. *Technology and Health Care*, 28(6), 625-633. <https://doi.org/10.3233/THC-191973>
- Hatem, S. M., Saussez, G., Della Faille, M., Prist, V., Zhang, X., Dispa, D., & Bleyenheuft, Y. (2016). Rehabilitation of Motor Function after Stroke: A Multiple Systematic Review Focused on Techniques to Stimulate Upper Extremity Recovery. *Frontiers in human neuroscience*, 10, 442. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2016.00442>
- Holden, M. K., Gill, K. M., & Magliozzi, M. R. (1986). Gait assessment for neurologically impaired patients. Standards for outcome assessment. *Physical therapy*, 66(10), 1530-1539. <https://doi.org/10.1093/ptj/66.10.1530>
- Holland, A. E., Hill, C. J., Glaspole, I., Goh, N., & McDonald, C. F. (2012). Predictors of benefit following pulmonary rehabilitation for interstitial lung disease. *Respiratory medicine*, 106(3), 429-435. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2011.11.014>
- Hong, S., Kim, S., Yoo, J., Kim, B. S., Choi, H. R., Choi, S. E., Hong, C. G., & Won, C. W. (2016). Slower gait speed predicts decline in Instrumental Activities of Daily Living in community-dwelling elderly: 3-year prospective finding from Living Profiles of Older People Survey in Korea. *Journal of Clinical Gerontology & Geriatrics*, 7(4), 141-145. <https://doi.org/10.1016/j.icgg.2016.05.002>

- Hong, S.-Y., Moon, Y., & Choi, J.-D. (2020). Effects of Cognitive Task Training on Dynamic Balance and Gait of Patients with Stroke: A Preliminary Randomized Controlled Study. *Medical Science Monitor Basic Research*, 26, e925264. <https://doi.org/10.12659/MSMBR.925264>
- Hu, Y., Zhong, D., Xiao, Q., Chen, Q., Li, J., & Jin, R. (2019). Kinesio Taping for Balance Function after Stroke: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Evidence-based complementary and alternative medicine*, 2019, 8470235. <https://doi.org/10.1155/2019/8470235>
- Huijben-Schoenmakers, M., Rademaker, A., & Scherder, E. (2013). 'Can practice undertaken by patients be increased simply through implementing agreed national guidelines?' An observational study. *Clinical rehabilitation*, 27(6), 513–520. <https://doi.org/10.1177/0269215512469119>
- Hwang, D.-Y., Lee, H.-J., Lee, G.-C., & Lee, S.-M. (2015). Treadmill training with tilt sensor functional electrical stimulation for improving balance, gait, and muscle architecture of tibialis anterior of survivors with chronic stroke: A randomized controlled trial. *Technology and Health Care: Official Journal of the European Society for Engineering and Medicine*, 23(4), 443–452. <https://doi.org/10.3233/THC-150903>
- Instituto Nacional de Estatística. (2024). *Estatísticas da Saúde-2022*. Instituto Nacional de Estatística, IP. <https://www.ine.pt/xurl/pub/439489924>
- Iqbal, M., Arsh, A., Hammad, S. M., Haq, I. U., & Darain, H. (2020). Comparison of dual task specific training and conventional physical therapy in ambulation of hemiplegic stroke patients: A randomized controlled trial. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 70(1), 7–10. <https://doi.org/10.47391/JPMA.10443>
- Jain, S., & Iverson, L. M. (2023). Glasgow Coma Scale. *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513298/>
- Júnior, P., Kozan, E., Moraes, J., Pereira, F., Moreno, Bassan, A. (2014). Reabilitação vestibular na qualidade de vida e sintomatologia de tontura de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8), 3365–3374. doi:10.1590/1413-81232014198.11082013
- Kanade, A. (2018). The Effect of Assertiveness Training Program on Nurses. *Indian Journal of Psychiatric Nursing*, 15(2), 19-23. [https://journals.lww.com/iopn/fulltext/2018/15020/the\\_effect\\_of\\_assertiveness\\_training\\_program\\_on.5.aspx](https://journals.lww.com/iopn/fulltext/2018/15020/the_effect_of_assertiveness_training_program_on.5.aspx)
- Kang, Y. S., Oh, G. B., & Cho, K. H. (2021). Walking Training with a Weight Support Feedback Cane Improves Lower Limb Muscle Activity and Gait Ability in Patients with Chronic Stroke: A Randomized Controlled Trial. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 27, e931565. <https://doi.org/10.12659/MSM.931565>
- Katz, S. (1983). Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *Journal of the American Geriatrics Society*, 31(12), 721–727. <https://sci-hub.hkvisa.net/10.1111/j.1532-5415.1983.tb03391.x>
- Kelley, C. P., Childress, J., Boake, C., & Noser, E. A. (2013). Over-ground and robotic-assisted locomotor training in adults with chronic stroke: a blinded randomized clinical trial. *Disability and Rehabilitation. Assistive Technology*, 8(2), 161–168. <https://doi.org/10.3109/17483107.2012.714052>
- Khan, F., & Chevidikunnan, M. F. (2021). Prevalence of Balance Impairment and Factors Associated with Balance among Patients with Stroke. A Cross Sectional Retrospective Case Control Study. *Healthcare*, 9(3), 320. <https://doi.org/10.3390/healthcare9030320>

- Kim, J.-H., & Lee, B.-H. (2013). Action observation training for functional activities after stroke: A pilot randomized controlled trial. *NeuroRehabilitation*, 33(4), 565–574. <https://doi.org/10.3233/NRE-130991>
- Kim, K. H., Lee, K. B., Bae, Y.-H., Fong, S. S. M., & Lee, S. M. (2017). Effects of progressive backward body weight supported treadmill training on gait ability in chronic stroke patients: A randomized controlled trial. *Technology and Health Care : Official Journal of the European Society for Engineering and Medicine*, 25(5), 867–876. <https://doi.org/10.3233/THC-160720>
- Kim, Y. W. (2022). Update on Stroke Rehabilitation in Motor Impairment. *Brain & NeuroRehabilitation*, 15(2), e12. <https://doi.org/10.12786/bn.2022.15.e12>
- Lee, C., Kamin, H., McAdoo, T., Woodworth, A., & Adams, A. (2019). Manual official of the American Psychological Association (7th ed.). <http://bibliotecaunisa.com/wp-content/uploads/2020/05/APA%20Publication%20Manual%207th%20Edition%20by%20American%20Psychological%20Association.pdf>
- Lee, S.-M., Cynn, H.-S., Yi, C.-H., Yoon, T.-L., & Lee, J.-H. (2017). Wearable tubing assistive walking device immediately enhances gait parameters in subjects with stroke: A randomized controlled study. *NeuroRehabilitation*, 40(1), 99–107. <https://doi.org/10.3233/NRE-161394>
- Lei n.º 100/2019 de 06 de Setembro. (2019). Estatuto do Cuidador Informal (versão atualizada). Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa: Ministério Público. [https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?artigo\\_id=3144A0007&nid=3144&tabela=leis&ficha=1&nversao=](https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?artigo_id=3144A0007&nid=3144&tabela=leis&ficha=1&nversao=)
- Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Código Deontológico do Enfermeiro). Diário da República, 1.ª Série, N.º 181 (16/09/2015), 8059–8105. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>
- Lin, Z., Jeng-Feng, Y., Yin-Liang, L., Yueh-Chen, C., Chien-Ting, H., Chen-Sheng, C. & Li-Wei C. (2021). Effect of Kinesio Taping on Hand Sensorimotor Control and Brain Activity. *Applied Sciences*, 11(22), 10522. <https://doi.org/10.3390/app112210522>
- Lista, A., Correia, J. & Fonseca, C. (2017). A Teoria do Autocuidado, uma proposta reflexiva dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação. *Revista de Envelhecimento e Inovação*, 6 (2), 13-16. <https://www.journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/2-Auto-Cuidado-Proposta-de-Interven%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Brayne, C., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Costafreda, S. G., Dias, A., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Ogunniyi, A., Orgeta, V., ... Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet*, 396(10248), 413–446. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6)
- Livingston, G., Sommerlad, A., Orgeta, V., Costafreda, S. G., Huntley, J., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Larson, E. B., Ritchie, K., Rockwood, K., Sampson, E. L., Samus, Q., ... Mukadam, N. (2017). Dementia prevention, intervention, and care. *Lancet*, 390(10113), 2673–2734. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31363-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31363-6)
- Louie, D. R., Simpson, L. A., Mortenson, W. B., Field, T. S., Yao, J., & Eng, J. J. (2022). Prevalence of Walking Limitation After Acute Stroke and Its Impact on Discharge to Home. *Physical therapy*, 102(1), pzab246. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzab246>
- Lourenço, I. L., Gonçalves, M. S., Sequeira, M. S., Melo, M. F., & Gouveia, M. J. (2022). A tomada de decisão na gestão de cuidados em enfermagem: uma revisão narrativa da

- literatura. *Gestão E Desenvolvimento*, 30(2022), 557-578.  
<https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>
- Mahoney, F.I. & Barthel, D. (1965). "Functional evaluation: the Barthel Index." *Maryland State Med Journal*, 14, 56-61. <https://www.kcl.ac.uk/nmpc/assets/rehab/tools-bi-functionalevaluation-the-barthel-index.pdf>
- Marques, A., Burton, A., Barney, A. (2006). Clinically useful outcome measures for physiotherapy airway clearance techniques: a review. *Physical Therapy Reviews*, 11, 299-307. <https://resource.isvr.soton.ac.uk/staff/pubs/PubPDFs/Pub9070.pdf>
- Matos, M., & Simões, J. (2020). Enfermagem de reabilitação na transição da pessoa com alteração motora por AVC: revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 11-19. <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/59/19>
- Medical Research Council. (1976). *Aids to the examination of the peripheral nervous system* (War Memorandum No. 7). Her Majesty's Stationery Office. <https://www.ukri.org/wpcontent/uploads/2021/12/MRC-011221-AidsToTheExaminationOfThePeripheralNervousSystem.pdf>
- Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I. & Vieira, C. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um Envelhecer Resiliente* (1.ª Edição). Lusociência.
- Monteiro, A., Oliveira, C., Pereira, C., Almeida, J., Santos, J., Damas, P., David, S., & Cardoso, T. (2013). *A Oculta Face do Coma- O despertar do desconhecido*. Lusociência.
- Moon, S.-J., & Kim, T.-H. (2017). Effect of three-dimensional spine stabilization exercise on trunk muscle strength and gait ability in chronic stroke patients: A randomized controlled trial. *NeuroRehabilitation*, 41(1), 151-159. <https://doi.org/10.3233/NRE-171467>
- Moretto, R., Favarin, T., Costanaro, C. Malacarne, V. & Tavares, K. (2023). O que é ser uma pessoa idosa que apresenta queixas de memória: a percepção de mulheres atendidas em um Centro de Reabilitação Física. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 26, e220166. <https://doi.org/10.1590/1981-22562023026.220166.pt>
- Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos valores normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse*, 9(2),10-16. [https://www.spneurologia.com/edition\\_download.php?id=55](https://www.spneurologia.com/edition_download.php?id=55)
- Munari, D., Serina, A., Disarò, J., Modenese, A., Filippetti, M., Gandolfi, M., Smania, N., & Picelli, A. (2020). Combined effects of backward treadmill training and botulinum toxin type A therapy on gait and balance in patients with chronic stroke: A pilot, single-blind, randomized controlled trial. *NeuroRehabilitation*, 46(4), 519-528. <https://doi.org/10.3233/NRE-203067>
- Mustafaoglu, R., Erhan, B., Yeldan, I., Gunduz, B., & Tarakci, E. (2020). Does robot-assisted gait training improve mobility, activities of daily living and quality of life in stroke? A single-blinded, randomized controlled trial. *Acta Neurologica Belgica*, 120(2), 335-344. <https://doi.org/10.1007/s13760-020-01276-8>
- Norma n.º 008/2019 de 9 de dezembro. Decreto Regulamentar nº 14/2012- n.º 2, artigo 2 (2012). Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circularesnormativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento concetual. Enunciados descritivos. Conselho de Enfermagem. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2018). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. Assembleia do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. 1-19. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4\\_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2021). Recomendações para o estágio e relatório da componente clínico dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros, 1-5. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2009). Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Referencial do Enfermeiro. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RNCCI%20-%20v.FINAL%20Referencial%20do%20Enfermeiro%20-%20Abril%202009.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Assembleia Geral Extraordinária de 22 de Outubro. 1-28. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boas Práticas- Cuidados à Pessoa com alterações da mobilidade- posicionamentos, transferências e treino de deambulação (1.ª Série, N.º7). [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP\\_Mobilidade\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_site.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2014). Áreas Investigação Prioritárias Para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. 1-8. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/Areas\\_Investigacao\\_Prioritarias\\_para\\_EER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_291\\_02015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_291_02015_VF_site.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2016). Enfermagem de reabilitação- Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDados\\_DocumentacaoCuidEnfReabilitacao\\_Final\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDados_DocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf)

Orem, D.E. (2001). *Nursing:Conceptsof practice* (6th edition). United States.

Organização Mundial da Saúde & Direção Geral da Saúde. (2004). Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. Portugal. <https://catalogo.inr.pt/documents/11257/0/CIF+2004>

Oyake, K., Yamauchi, K., Inoue, S., Sue, K., Ota, H., Ikuta, J., Ema, T., Ochiai, T., Hasui, M., Hirata, Y., Hida, A., Yamamoto, K., Kawai, Y., Shiba, K., Atsumi, A., Nagafusa, T. & Tanaka, S. (2023). A multicenter explanatory survey of patients' and clinicians' perceptions of motivational factors in rehabilitation. *Communications Medicine*, 3,78. <https://www.nature.com/articles/s43856-023-00308-7>

Parecer n. º12/2011 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2011). Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer\\_12\\_MCEER\\_18\\_11\\_2011\\_ActividadesVidaDiaria\\_AVD.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_12_MCEER_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.pdf)

- Peter, R. M., Palanisamy, K., Kumar, D., & Joseph, A. (2023). Prevalence of activity limitation and its associated predictor among the elderly in Tamil Nadu, India: A community-based cross-sectional study. *Journal of education and health promotion, 12*, 202. [https://doi.org/10.4103/jehp.jehp\\_1575\\_22](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1575_22)
- Petronilho, F. & Machado, M. (2017). Teorias de Enfermagem e Autocuidado: Contributos para a Construção do Cuidado de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coord.) (1.ª Edição) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida*. 3-14. Lusodidacta.
- Pires, G; Eliane, M; Quishida, A & Foroni, P. (2017). Atuação do Líder na Gestão Estratégica de Pessoas: Reflexões, Lacunas e Oportunidades. *Revista de Administração Contemporânea, 21*(1), 41-61. <https://www.redalyc.org/pdf/840/84048889005.pdf>
- Pontes, M. M. (2017). Doença Crónica. In C. Marques-Vieira & L. Sousa, (1.ª Edição). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida*. 487-500. Lusodidacta.
- Regulamento n.º 140/2019 de 06 de Fevereiro. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República. 2.ª Série, N.º26 (06/02/2019). 4744 - 4750 <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 350/2015 de 22 de Junho (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República. 2.ª Série, N.º 119 (22-06-2015). 16655 - 16660. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/350-2015-67552234>
- Regulamento n.º 392/2019 de 3 de maio. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República. 2.ª Série, N.º 85 (03/05/2019). 13565 - 13568. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>
- Regulamento n.º 613/2022 de 8 de julho. (2022). Regulamento que define o ato do enfermeiro. Diário da República. 2.ª Série, N.º 131 (08/07/2022). 179 - 182. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/613-2022-185836226>
- Ribeiro, O., Martins, M., Tronchin, D. & Forte, E. (2018b). Aplicação do processo de enfermagem em hospitais portugueses. *Revista Gaúcha de Enfermagem, 39*, e2017-0174. <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/7Hf6cY9dnzyLHNbYpKmwHjF/?format=pdf&lang=pt>
- Ribeiro, O., Martins, M., Tronchin, M., & Forte, E. (2018a). O Olhar dos Enfermeiros Portugueses sobre os Conceitos Metaparadigmáticos de Enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem, 27*(2):1-9. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180003970016>
- Rocha, I., Bravo, M., Sousa, L., Mesquita, A. & Pestana, H. (2020). Intervenção do enfermeiro de reabilitação no ganho de equilíbrio postural na pessoa após acidente vascular cerebral: estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, V351*, 5-17. <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/91/46>
- Saleh, M. S. M., Rehab, N. I., & Aly, S. M. A. (2019). Effect of aquatic versus land motor dual task training on balance and gait of patients with chronic stroke: A randomized controlled trial. *NeuroRehabilitation, 44*(4), 485-492. <https://doi.org/10.3233/NRE-182636>
- Schmidt, K., Friedrichs, P., Cornelsen, H., Schmidt, P., & Tischer, T. (2021). *Lesões musculoesqueléticas entre crianças e jovens: prevalência, fatores de risco e medidas de prevenção: uma análise abrangente - Resumo*. Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. Espanha. [https://osha.europa.eu/sites/default/files/MSDs-among-children-and-young-people\\_PT.pdf](https://osha.europa.eu/sites/default/files/MSDs-among-children-and-young-people_PT.pdf)

Serviço Nacional de Saúde. (2021). Cuidados Continuados. Ministério da Saúde. <https://www.sns.gov.pt/sns-saude-mais/cuidados-continuados/>

Silva, C., Oliveira, F., Ribeiro, M., Prazeres, V. & Ribeiro, O. (2019). Novos desafios para velhos problemas: o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na promoção da acessibilidade. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(2), 20-26. DOI 10.33194/rper.2019.v2.n2.02.4561

Simões, C. & Simões, J. (2007). Avaliação Inicial de Enfermagem em Linguagem CIPE® segundo as Necessidades Humanas Fundamentais. *Revista de Enfermagem Referência*, II (4), 9-23. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239951001>

Sobrinho, A. B., Bernardo, J. M. S., Alexandre, A. S., Leite-Salgueiro, C. D., & Oliveira, V. (2018). Liderança do Enfermeiro: Reflexões sobre o papel do enfermeiro no contexto hospitalar. *Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, 12(41), 693-710. <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1238/1851>

Sousa, L., Martins, M. & Novo, A. (2020). A Enfermagem de Reabilitação no Empoderamento e Capacitação da Pessoa em Processos de Transição Saúde-Doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 64-69. DOI 10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763

Spruit, M. A., Singh, S. J., Garvey, C., ZuWallack, R., Nici, L., Rochester, C., Hill, K., Holland, A. E., Lareau, S. C., Man, W. D., Pitta, F., Sewell, L., Raskin, J., Bourbeau, J., Crouch, R., Franssen, F. M., Casaburi, R., Vercoulen, J. H., Vogiatzis, I., Gosselink, R., ... ATS/ERS Task Force on Pulmonary Rehabilitation (2013). An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 188(8), e13-e64. <https://doi.org/10.1164/rccm.201309-1634ST>

Stotz, A., Hamacher, D., & Zech, A. (2023). Relationship between Muscle Strength and Gait Parameters in Healthy Older Women and Men. *International journal of environmental research and public health*, 20(7), 5362. <https://doi.org/10.3390/ijerph20075362>

Tavares, E., Coelho, J., Rogado, P., Correia, R., Castro, C., & Fernandes, J. B. (2022). Barriers to Gait Training among Stroke Survivors: An Integrative Review. *Journal of Functional Morphology and Kinesiology*, 7(4), 85. DOI: [10.3390/jfkm7040085](https://doi.org/10.3390/jfkm7040085)

Teasdale, G., & Jennett, B. (1974). Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. *The Lancet*, 2(7872), 81-84. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(74\)91639-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(74)91639-0)

Timmermans, C., Roerdink, M., Meskers, C. G. M., Beek, P. J., & Janssen, T. W. J. (2021). Walking-adaptability therapy after stroke: results of a randomized controlled trial. *Trials*, 22(1), 923. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05742-3>

Tsao, C. W., Aday, A. W., Almarzooq, Z. I., Alonso, A., Beaton, A. Z., Bittencourt, M. S., Boehme, A. K., Buxton, A. E., Carson, A. P., Commodore-Mensah, Y., Elkind, M. S. V., Evenson, K. R., Eze-Nliam, C., Ferguson, J. F., Generoso, G., Ho, J. E., Kalani, R., Khan, S. S., Kissela, B. M., Knutson, K. L., ... Martin, S. S. (2022). Heart Disease and Stroke Statistics-2022 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*, 145(8), e153-e639. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001052>

Unnithan, A. K. A., M. Das, J. M., & Mehta, P. (2022). Hemorrhagic Stroke. In StatPearls. StatPearls Publishing. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32644599/>

Varanda, E., Rodrigues, C., & Costa, A. (2015). Projeto de Melhoria Contínua de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Avaliação e estimulação do doente com alterações do estado de consciência. Concurso Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da

Sessão Regional Sul da Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos\\_Melhoria\\_Qualidade\\_Cuidados\\_Enfermagem/HospitalGarciaOrta\\_AvaliacaoEstimulacaoDoenteComAlteracoesEstadoConsciencia.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/HospitalGarciaOrta_AvaliacaoEstimulacaoDoenteComAlteracoesEstadoConsciencia.pdf)

Vasconcelos, M. (2021). Ética em Enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (coord) (1.ª Edição). *Enfermagem de Reabilitação: Conceção e Práticas*. 34-37. Lidel.

Veerbeek, J., Kwakkel, G., Wegen, E., Ket, J., & Heymans, M. (2011). Early Prediction of Outcome of Activities of Daily Living After Stroke. *Stroke*, 42(5),1482-1488. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.110.604090>

Wang, Y. H., Yang, Y. R., Pan, P. J., & Wang, R. Y. (2014). Modeling factors predictive of functional improvement following acute stroke. *Journal of the Chinese Medical Association*, 77(9), 469-476. <https://doi.org/10.1016/j.jcma.2014.03.006>

Wohlrab, M., Klenk, J., Delgado-Ortiz, L., Chambers, M., Rochester, L., Zuchowski M, Schwab, M., Becker, C., & Jaeger, S. (2022). The value of walking: a systematic review on mobility and healthcare costs. *European Review of Aging and Physical Activity*, 19(1), 31. <https://eurapa.biomedcentral.com/articles/10.1186/s11556-022-00310-3>

World Health Organization. (2005). Avoiding Heart Attacks and Strokes- Don't be a victim, Protect yourself. WHO Library Cataloging-in-Publication. <https://world-heart-federation.org/wp-content/uploads/2005/04/publications-avoiding-english.pdf>

World Health Organization. (2021a). Cardiovascular diseases (CVDs) – Fact Sheet. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>

World Health Organization. (2021b). World Stroke Day. <https://www.who.int/southeastasia/news/detail/28-10-2021-world-stroke-day>

Yagci, G., Ayhan, C., & Yakut, Y. (2018). Effectiveness of basic body awareness therapy in adolescents with idiopathic scoliosis: A randomized controlled study1. *Journal of back and musculoskeletal rehabilitation*, 31(4), 693-701. <https://doi.org/10.3233/BMR-170868>

Yang, Y.-R., Mi, P.-L., Huang, S.-F., Chiu, S.-L., Liu, Y.-C., & Wang, R.-Y. (2018). Effects of neuromuscular electrical stimulation on gait performance in chronic stroke with inadequate ankle control - A randomized controlled trial. *PloS One*, 13(12), e0208609. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208609>

Yoshida, T., Otaka, Y., Osu, R., Kumagai, M., Kitamura, S. & Yaeda, J. (2021). Motivation for Rehabilitation in Patients With Subacute Stroke: A Qualitative Study. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*, 2, 664758, 1-10. <https://doi.org/10.3389/fresc.2021.664758>

Yu, X.-M., Jin, X.-M., Lu, Y., Gao, Y., Xu, H.-C., Xue, X., Fang, L., & Hu, J. (2020). Effects of Body Weight Support-Tai Chi Footwork Training on Balance Control and Walking Function in Stroke Survivors with Hemiplegia: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine: ECAM*, 2020, 9218078. <https://doi.org/10.1155/2020/9218078>

Zhao, Y., Zhang, X., Chen, X., & Wei, Y. (2022). Neuronal injuries in cerebral infarction and ischemic stroke: From mechanisms to treatment (Review). *International journal of molecular medicine*, 49(2), 15. <https://doi.org/10.3892/ijmm.2021.5070>



## APÊNDICE 1: PROJETO DE ESTÁGIO

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

### **PROJETO DE ESTÁGIO**

INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE  
REABILITAÇÃO QUE PROMOVEM O AUTOCUIDADO ANDAR NA PESSOA APÓS ACIDENTE  
VASCULAR CEREBRAL

**Joana Rita De Assis Teodoro**

**Almada**

**2023**

## **MESTRADO EM ENFERMAGEM**

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

### **PROJETO DE ESTÁGIO**

INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE  
REABILITAÇÃO QUE PROMOVEM O AUTOCUIDADO ANDAR NA PESSOA APÓS ACIDENTE  
VASCULAR CEREBRAL

**Joana Rita De Assis Teodoro**

**Docente Orientador: Júlio Fernandes**

**Almada  
2023**

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

AVC- Acidente Vascular Cerebral

AVD- Atividades de Vida Diária

EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS-Organização Mundial da Saúde

TDAE- Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem

## **ÍNDICE**

<b>RESUMO.....</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>1. PLANO DE ATIVIDADES .....</b>	<b>10</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>24</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>26</b>

## RESUMO

O projeto de estágio foi elaborado mediante o tema “Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) que promovem o autocuidado andar na pessoa após Acidente Vascular Cerebral (AVC)”, tema cada vez mais presente na nossa atualidade, e que necessita cada vez mais de investimento no que toca a cuidados de enfermagem de reabilitação, uma vez que são através deles que se podem minimizar complicações e maximizar a capacidade funcional e a independência da pessoa após AVC.

O objetivo do projeto de estágio centra-se em identificar e descrever a área de interesse pessoal, através do enquadramento teórico, com a descrição de dados epidemiológicos, fisiopatologia e manifestações clínicas do AVC, abordar o tema da mobilidade e autocuidado andar, através das intervenções do EEER fundamentadas com resultados da revisão *scoping* elaborada, e da justificação teórica do tema com relação à Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem (TDAE).

Foram definidos os objetivos gerais e específicos conforme as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do EEER, foram planificadas atividades a realizar em contexto de estágio, bem como um estudo de caso, norma de procedimento hospitalar e um póster para partilha de conhecimentos no serviço.

Palavras-chave:

AVC; EEER; Autocuidado; Andar; Reabilitação.



## **ABSTRACT**

The internship project was elaborated based on the theme “Interventions of the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing (NSRN) that promote self-care walking in the person after Cerebral Vascular Accident (CVA)”, a theme that is increasingly present in our time, and that increasingly needs more investment when it comes to rehabilitation nursing care, since it is through them that complications can be minimized and the functional capacity and independence of the person after stroke can be maximized.

The objective of the internship project focuses on identifying and describing the area of personal interest, through the theoretical framework, with the description of epidemiological data, pathophysiology and clinical manifestations of stroke, addressing the theme of mobility and walking self-care, through interventions of the NSRN based on the results of the elaborate scoping review, and the theoretical justification of the theme in relation to the Theory of the Self-Care Deficit in Nursing (SCDN).

The general and specific objectives were defined according to the common competences of the specialist nurse and the specific competences of the NSRN, activities to be carried out in the internship context were planned, as well as a case study, procedure standard and a poster for sharing knowledge in the service.

Key words:

Stroke; NSRN; Self-care; To walk; Rehabilitation.

## INTRODUÇÃO

O desenvolvimento do projeto de estágio surge no âmbito da unidade curricular de Estágio, referente ao 1.º Curso de Mestrado na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

A Enfermagem, enquanto profissão e disciplina científica autónoma, com um campo de atuação e de investigação próprios, permite a atribuição do grau de Mestre mediante a demonstração pelos estudantes, da capacidade de integração de conhecimentos, sua aplicação crítica, reflexão sobre as responsabilidades, capacidade de comunicação clara e objetiva das suas apreciações, dos conhecimentos e raciocínios implícitos (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2021).

O projeto de estágio é considerado um instrumento de avaliação dos processos de aprendizagem e de aquisição e desenvolvimento de competências específicas (OE, 2021). O objetivo deste projeto de estágio é identificar e descrever a área de interesse pessoal que pretendo desenvolver no período de estágio, justificando a sua pertinência, descrever as intervenções do EEER que permitem a minimização de complicações e/ou resolução da problemática em estudo, apresentar a teoria que suporta as minhas intervenções durante o período de estágio, bem como atingir competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem especializados na área de Reabilitação (OE, 2015).

O projeto de estágio resulta da prática de estágios que se distribuem por duas fases ao longo de dois semestres: A primeira fase decorrerá de 15 de maio a 28 de julho de 2023 e a segunda fase decorrerá de 11 de setembro a 14 de janeiro de 2024.

O tema escolhido para a elaboração do projeto intitula-se por Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação que promovem o autocuidado andar na pessoa após AVC. Tema que vai de encontro à preferência pessoal de aprofundar mais conhecimentos sobre o AVC, doença cada vez mais presente na atualidade, considerada a principal causa de hospitalização por doença neurológica (Feske, 2021), a segunda principal causa de morte e a terceira principal causa de incapacidade a nível mundial. Estima-se que uma em cada quatro pessoas corre o risco de sofrer um AVC ao longo da vida (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2021).

Quando uma pessoa sofre um AVC, a mobilidade é altamente afetada devido a défices motores e sensoriais (Atalan et al., 2021), por isso, sendo a área motora uma abordagem de reabilitação que me fascina pessoalmente, faz todo o sentido que desenvolva o meu projeto de estágio assente no tema do autocuidado andar na pessoa após AVC.

A Enfermagem de Reabilitação compreende um conjunto de conhecimentos diferenciados e procedimentos específicos que permitem ganhos em saúde em todos os contextos da sua prática, possibilita a prevenção de incapacidades e a recuperação das aptidões pessoais, contribuindo para a independência e a máxima satisfação da pessoa (OE, 2018).

O EEER destaca-se profissionalmente através do elevado nível de conhecimentos e experiência acrescida que lhe permitem tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação, melhorando o potencial da pessoa que cuida (Regulamento n.º 392/2019).

Pretendo com a elaboração deste projeto de estágio, evidenciar os conhecimentos diferenciados e implementar as melhores práticas de cuidados que vão de encontro às competências comuns do Enfermeiro Especialista, referentes aos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019). Assim como as competências específicas do EEER estabelecidas nos cuidados às pessoas com necessidades especiais, ao longo da vida, em todos os contextos da prática de cuidados, na capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania, e na maximização da capacidade funcional da pessoa cuidada (Regulamento n.º 392/2019).

No sentido de melhorar a organização e estrutura das atividades a desenvolver durante o estágio, foram definidos objetivos gerais que permitem desenvolver as competências comuns e específicas do EEER: Desenvolver as competências profissionais de intervenção do EEER nas áreas da função cardíaca, respiratória, motora, sensorial e cognitiva, alimentação, eliminação vesical e intestinal, e sexualidade; Desenvolver as competências profissionais de intervenção do EEER que promovem o autocuidado andar na pessoa após AVC.

No desenvolvimento deste projeto de estágio, enquanto suporte teórico da temática foi abordada a TDAE, da autoria de Dorothea Orem, que define o autocuidado como sendo a realização de ações necessárias para proteger, manter e promover o bem-estar pessoal (Orem, 2001). Esta teoria subdivide-se em três teorias que se relacionam entre si: Teoria do Autocuidado; Teoria do Défice de Autocuidado; Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

Como suporte científico deste projeto de estágio, foi elaborada uma revisão *scoping*, na qual foi utilizada a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute, com recurso às bases de dados CINAHL Complete, MEDLINE complete e Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, disponíveis na plataforma de pesquisa EBSCOhost Science Direct. As palavras-chave utilizadas foram: AVC; Reabilitação; Enfermagem; Fisioterapia; Marcha.

Relativamente à estruturação do projeto de estágio, encontra-se subdividido da seguinte forma: Primeiramente será apresentada a Introdução. De seguida, o Plano de Atividades de acordo com as competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER.

Posteriormente, será apresentada a conclusão do projeto desenvolvido. Por último, serão identificadas todas as referências bibliográficas utilizadas.

A elaboração do presente projeto de estágio está conforme o acordo ortográfico da língua portuguesa e seguirá orientações da norma da American Psychological Association (APA) 7ª Edição.



## 1. PLANO DE ATIVIDADES

As competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER (Regulamento n.º 140/2019; Regulamento n.º 392/2019) são desenvolvidas e aperfeiçoadas ao longo dos estágios. Foram inicialmente identificados os objetivos gerais e específicos que visam enriquecer a prática dos cuidados de reabilitação atualmente e na prática de cuidados futuros.

Identifiquei como objetivos gerais para a minha prática de cuidados de reabilitação, os seguintes:

- Desenvolver as competências profissionais de intervenção do EEER nas áreas da função cardíaca, respiratória, motora, sensorial e cognitiva, alimentação, eliminação vesical e intestinal, e sexualidade;
- Desenvolver as competências profissionais de intervenção do EEER que promovem o autocuidado andar após AVC.

Tendo por base os objetivos gerais e interligando às competências comuns do EEER e às competências específicas do EEER, pretendo como objetivos específicos:

- Desenvolver uma prática especializada de enfermagem baseada nos princípios éticos e deontologia profissional, normas legais e evidência científica, garantindo a melhor prática de cuidados de reabilitação;
- Desenvolver projetos na área da reabilitação que contribuam para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados nos serviços;
- Promover a liderança e gestão dos recursos humanos, fundamentais à qualidade dos cuidados de reabilitação.
- Praticar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa com necessidades especiais;
- Capacitar a pessoa com incapacidade para o ganho de independência funcional e participação social;
- Otimizar a capacidade funcional da pessoa através da conceção e implementação de programas de treino motor, cardíaco e respiratório.

<p align="center"><b>Objetivo Geral</b></p>	<p>Desenvolver as competências profissionais de intervenção do EEER nas áreas da função cardíaca, respiratória, motora, sensorial e cognitiva, alimentação, eliminação vesical e intestinal, e sexualidade.</p>
<p align="center"><b>Objetivo Específico</b></p>	<p>Otimizar a prática profissional baseada nos princípios éticos e deontologia profissional, normas legais e evidência científica, garantindo a melhor prática de cuidados de reabilitação.</p>
<p align="center"><b>Domínios e Competências (Comuns do EEER)</b></p>	<p>A1- Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de Enfermagem de Reabilitação, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;  A2- Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;  D1- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;  D2- Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.</p>
<p align="center"><b>Atividades/Estratégias</b></p>	<p align="center"><b>Indicadores de Avaliação/Resultados</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conhecer o serviço, integrar-se na equipa e adaptar-se à dinâmica organizacional e da equipa multidisciplinar;</li> <li>▪ Otimizar o autoconhecimento enquanto pessoa e enfermeiro especialista, facilitando a relação com a pessoa cuidada e equipa multidisciplinar;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Participou na visita guiada ao serviço, conheceu a equipa e adaptou-se gradualmente à dinâmica de serviço e da equipa multidisciplinar;</li> <li>▪ Procedeu à otimização do seu autoconhecimento enquanto pessoa e enfermeiro especialista, permitindo uma relação terapêutica e</li> </ul>

- Reconhecer os limites pessoais e profissionais, gerindo sentimentos e emoções para respostas eficientes;
- Atuar eficazmente na resolução de conflitos, aplicando estratégias de comunicação assertiva com a equipa e pessoa cuidada;
- Conhecer protocolos do serviço e métodos de trabalho aplicados pela equipa de reabilitação;
- Reunir quando necessário com o Enfermeiro Orientador e Professor Orientador para esclarecimento de dúvidas e acompanhamento do percurso de aprendizagem;
- Aplicar o conhecimento baseado na evidência científica atual e pertinente, através de tecnologias de informação, no âmbito dos cuidados de reabilitação e na resposta a necessidades formativas enquanto formador;
- Identificar eventuais lacunas de conhecimento a nível pessoal e no serviço, investigar e desenvolver estudos de investigação científica e divulgação dos resultados à equipa de enfermagem;
- Prestar cuidados especializados e competentes à pessoa cuidada, baseando a prática nos princípios éticos e normas deontológicas;
- Participar na tomada de decisão em equipa, suportada pelo conhecimento e experiência, e envolvendo a pessoa/família nos cuidados;

empática com a pessoa cuidada e relação de interajuda e empática com a equipa;

- Reconheceu os seus limites pessoais e profissionais, gerindo da melhor forma possível os seus sentimentos e emoções para conseguir obter respostas eficientes;
- Atuou eficazmente na resolução de conflitos, aplicando as melhores estratégias possíveis de comunicação assertiva, quer entre equipa, quer com a pessoa cuidada;
- Consultou os protocolos de serviço e desenvolveu a sua prática de acordo com os métodos de trabalho aplicados pela equipa de reabilitação;
- Reuniu quando necessário com o Enfermeiro Orientador e Professor Orientador para esclarecimento de dúvidas e acompanhamento do percurso de aprendizagem;
- Utilizou a evidência científica atual e pertinente, através de plataformas de pesquisa adequadas, quer para a elaboração de programas de reabilitação, quer para as atividades formativas adequadas às necessidades do serviço;
- Identificou adequadamente lacunas de conhecimento a nível pessoal e existente no serviço, investigou e desenvolveu estudos de investigação científica, divulgou os resultados à equipa de enfermagem e avaliou o impacto da formação;

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Respeitar o direito à privacidade, tendo em conta os valores, costumes e crenças da pessoa cuidada, mantendo a dignidade humana;</li> <li>▪ Permitir o acesso de informação à pessoa cuidada, respeitando o princípio dos direitos humanos;</li> <li>▪ Reconhecer práticas de risco nos cuidados de reabilitação à pessoa cuidada, aplicando medidas preventivas e garantindo práticas seguras;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Observou a prática de cuidados do EEER e aplicou programas de reabilitação adequados às necessidades da pessoa cuidada, baseando a sua prática nos princípios éticos e normas deontológicas;</li> <li>▪ Participou na tomada de decisão em equipa, suportada pelo conhecimento e experiência adquiridos, envolvendo a pessoa cuidada e a família nos programas de reabilitação e na preparação da alta para domicílio;</li> <li>▪ Respeitou o direito à privacidade, tendo em conta os valores, costumes e crenças defendidos pela pessoa cuidada, mantendo a dignidade humana;</li> <li>▪ Permitiu sempre que possível, o acesso a informações no âmbito dos cuidados de enfermagem à pessoa cuidada, respeitando os direitos humanos;</li> <li>▪ Identificou as práticas de risco nos cuidados de reabilitação e aplicou medidas preventivas que garantissem práticas seguras à pessoa cuidada.</li> </ul>
<p><b>Objetivo Específico</b></p>	<p>Desenvolver projetos na área da reabilitação que contribuam para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados</p>
<p><b>Domínios e Competências (Comuns do EEER)</b></p>	<p>B1- Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;</p>

	<p>B2- Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;</p> <p>B3- Garante um ambiente terapêutico e seguro.</p>
<b>Atividades/Estratégias</b>	<b>Indicadores de Avaliação/Resultados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reunir com o Enfermeiro Chefe e Enfermeiro Orientador, como forma de identificar projetos na área da qualidade, relevantes para a implementação no serviço;</li> <li>▪ Consultar Normas de serviço, regulamentos e protocolos em vigor;</li> <li>▪ Incorporar conhecimentos através da atual evidencia científica na área da qualidade na prestação de cuidados de reabilitação;</li> <li>▪ Definir projetos no âmbito da melhoria contínua da qualidade, desenvolver o planeamento estratégico e comunicar os resultados desses projetos à equipa do serviço;</li> <li>▪ Utilizar a atual evidência científica e normas necessárias, utilizando indicadores e instrumentos adequados para a avaliação da qualidade da prática dos cuidados;</li> <li>▪ Participar em auditorias de avaliação dos projetos de melhoria contínua desenvolvidos no serviço e assistir à divulgação de resultados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Procedeu-se à reunião com o Enfermeiro Chefe e Enfermeiro Orientador e identificou-se temas que seriam de interesse abordar no serviço;</li> <li>▪ Foram consultadas as Normas de serviço, regulamentos e protocolos em vigor no serviço, como forma de identificar os temas já desenvolvidos no serviço;</li> <li>▪ Os conhecimentos adquiridos através de pesquisas atuais e fidedignas, foram aplicados nos cuidados de reabilitação prestados no serviço;</li> <li>▪ Desenvolveu uma Norma de procedimento hospitalar que incidiu no tema do equilíbrio na pessoa com alterações neuro-sensoriais, e procedeu à divulgação dos resultados no serviço, obtendo feedback da sua aplicabilidade na prática dos cuidados de reabilitação;</li> <li>▪ Utilizou a atual evidência científica e normas, bem como indicadores de qualidade e instrumentos necessários para avaliar</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Promover um ambiente físico, psicossocial e espiritual gerador de segurança e proteção da equipa e da pessoa cuidada;</li> <li>▪ Definir e utilizar os recursos adequados para a prestação de cuidados seguros, aplicando os mecanismos ergonómicos e tecnológicos para evitar danos aos profissionais e pessoas cuidadas.</li> </ul>	<p>continuamente a qualidade da prática dos cuidados de reabilitação;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Procurou participar em auditorias de avaliação dos projetos de melhoria contínua desenvolvidos no serviço e assistir à divulgação dos resultados.</li> <li>▪ Promoveu um ambiente físico, psicossocial e espiritual gerador de segurança e proteção da equipa e da pessoa cuidada;</li> <li>▪ Utilizou os recursos mais adequados para a prestação de cuidados seguros, aplicando métodos ergonómicos e meios tecnológicos para evitar danos físicos e mentais aos profissionais e pessoas cuidadas.</li> </ul>
<p><b>Objetivo Específico</b></p>	<p>Promover a liderança e gestão dos recursos fundamentais à qualidade dos cuidados de reabilitação</p>
<p><b>Domínios e Competências (Comuns do EEER)</b></p>	<p>C1- Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;</p> <p>C2- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.</p>
<p><b>Atividades/Estratégias</b></p>	<p><b>Indicadores de Avaliação/Resultados</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Colaborar nas decisões tomadas pela equipa multidisciplinar, em prol dos melhores cuidados de reabilitação prestados;</li> <li>▪ Avaliar a necessidade de referência da pessoa cuidada, para outras especialidades de cuidados de saúde;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Colaborou e respeitou as decisões tomadas pela equipa multidisciplinar, garantindo os melhores cuidados de reabilitação prestadas à pessoa cuidada;</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Disponibilizar apoio físico, psicológico e social à equipa do serviço quando necessário;</li> <li>▪ Gerir os cuidados de reabilitação em função dos recursos disponíveis e mediante as necessidades da pessoa cuidada;</li> <li>▪ Orientar a decisão na delegação de tarefas, supervisionando-as, e garantindo a segurança e qualidade dos cuidados;</li> <li>▪ Desenvolver estratégias motivacionais da equipa, promovendo um ambiente positivo e eficiente, garantindo a boa prática dos cuidados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avaliou as necessidades da pessoa cuidada e referenciou-a, sempre que necessário, para outras especialidades de cuidados de saúde;</li> <li>▪ Disponibilizou apoio físico, psicológico e social à equipa do serviço, quando necessário, de modo a promover o bem-estar do profissional no âmbito laboral;</li> <li>▪ Geriu adequadamente os cuidados de reabilitação em função dos recursos disponíveis e tendo em conta as necessidades apresentadas pela pessoa cuidada;</li> <li>▪ Orientou a melhor decisão na delegação de tarefas, mantendo a supervisão das mesmas, e garantindo a segurança e qualidade dos cuidados;</li> <li>▪ Procurou desenvolver estratégias de motivação eficientes, garantindo a boa prática dos cuidados.</li> </ul>
<b>Objetivo Específico</b>	Praticar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação às pessoas com necessidade especiais
<b>Domínios e Competências (Específicas do EEER)</b>	J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
<b>Atividades/Estratégias</b>	<b>Indicadores de Avaliação/Resultados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avaliar a capacidade funcional da pessoa, assim como o risco de alteração funcional a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Procedeu-se à avaliação da capacidade funcional da pessoa e do risco de alteração funcional a nível motor, sensorial, cognitivo,</li> </ul>

respiratório, da alimentação, da eliminação (vesical e intestinal) e sexualidade;

- Avaliar a capacidade funcional da pessoa para executar as AVD, bem como os fatores que facilitam ou inibem a independência desta nas AVD;
- Avaliar o impacto psicossocial que advém das alterações da capacidade funcional, e que interfere nos processos adaptativos e na qualidade de vida da pessoa cuidada;
- Diagnosticar necessidades que existam a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação (vesical e intestinal) e sexualidade, e desenvolver programas de reabilitação individualizados para a otimização e reeducação das funções alteradas e realização das AVD;
- Discutir com a pessoa/cuidador sobre os planos de intervenção a implementar, quais os resultados esperados e metas a atingir, promovendo a autonomia e qualidade de vida;
- Gerir os recursos necessários, incluindo produtos de apoio, que facilitem as atividades inerentes ao processo terapêutico que favorecem o processo de transição saúde/doença e incapacidade;
- Mobilizar e implementar conhecimentos na área de novas técnicas e tecnologias que promovam a melhor gestão, intervenção e avaliação dos processos terapêuticos;

cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação (vesical e intestinal) e sexualidade;

- Avaliou a capacidade funcional da pessoa para realizar as AVD e os fatores facilitadores ou inibitórios que interferissem para a sua independência;
- Avaliou o impacto psicossocial que advinha das alterações da capacidade funcional, e que interferisse nos processos adaptativos e na qualidade de vida da pessoa cuidada;
- Diagnosticou devidamente as necessidades da pessoa a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação (vesical e intestinal) e sexualidade, e desenvolveu programas de reabilitação individualizados para a otimização e reeducação das funções alteradas e realização das AVD;
- Envolveu a pessoa/cuidador nos planos de intervenção a implementar, explicando quais os resultados esperados e metas a atingir, promovendo a autonomia e qualidade de vida;
- Geriu de forma eficiente os recursos necessários, incluindo produtos de apoio, que facilitassem as atividades inerentes ao processo terapêutico, de modo que favorece-se o processo de transição saúde/doença e incapacidade;
- Implementou os conhecimentos atuais e cientificamente comprovados, na área de novas técnicas e tecnologias que

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dinamizar em segurança os programas de reabilitação assentes na reeducação funcional cardíaca, reeducação funcional respiratória, reeducação funcional motora, estimulação neurosensorial, reeducação da sexualidade, reeducação da função de alimentação e reeducação da eliminação vesical e intestinal;</li> <li>▪ Implementar ensinios e treino de técnicas baseadas nos programas de reabilitação, que promovam o autocuidado e a continuidade dos cuidados nos diferentes contextos (domicílio/comunidade);</li> <li>▪ Promover a monitorização e reformulação se necessário dos programas de reabilitação assentes na redução do risco, otimização e reeducação da capacidade funcional e treino.</li> </ul>	<p>promovessem a melhor gestão, intervenção e avaliação dos processos terapêuticos;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Planeou e dinamizou em segurança, os programas de reabilitação assentes na reeducação funcional cardíaca, reeducação funcional respiratória, reeducação funcional motora, estimulação neurosensorial, reeducação da sexualidade, reeducação da função de alimentação e reeducação da eliminação vesical e intestinal;</li> <li>▪ Realizou ensinios e treinos de técnicas baseadas nos programas de reabilitação, qe promovessem o autocuidado e a continuidade dos cuidados nos diferentes contextos, em domicílio e na comunidade;</li> <li>▪ Garantiu a monitorização contínua e a reformulação, se necessário, dos programas de reabilitação assentes na redução do risco, otimização e reeducação da capacidade funcional e treino, aplicados à pessoa em vários contextos de doença.</li> </ul>
<b>Objetivo Específico</b>	Capacitar a pessoa com deficiência e limitações nas AVD, para o ganho de independência funcional e participação social
<b>Domínios e Competências (Específicas do EEER)</b>	J2- Capacita a pessoa com deficiências, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
<b>Atividades/Estratégias</b>	<b>Indicadores de Avaliação/Resultados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conhecer e demonstrar conhecimentos sobre legislação e normas técnicas que promovam a integração e participação ativa da pessoa no ambiente social;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Adquiriu e demonstrou conhecimentos sobre legislação e normas técnicas que promovessem a integração e participação ativa da pessoa no ambiente social;</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Desenvolver programas de treino específicos das AVD, utilizando os produtos de apoio, e treino de exercício físico adequado individualmente;</li> <li>▪ Ensinar e supervisionar a utilização dos produtos de apoio assentes em ajudas técnicas e dispositivos de compensação, promovendo um ambiente seguro e capacitar a pessoa para o ganho de independência funcional;</li> <li>▪ Identificar e proceder a eliminação de barreiras arquitetónicas presentes no contexto de vida da pessoa e cuidador, incentivando práticas ergonómicas;</li> <li>▪ Participar em atividades no âmbito da comunidade, que promovam a inclusão de pessoas com necessidades de saúde e educativas especiais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Desenvolveu programas de treino específicos das AVD, utilizando os produtos de apoio, e treino de exercício físico ajustado à capacidade funcional da pessoa;</li> <li>▪ Durante os programas de reabilitação, ensinou e supervisionou a utilização dos produtos de apoio assentes em ajudas técnicas e dispositivos de compensação, promovendo um ambiente seguro e capacitando a pessoa para o ganho de independência funcional;</li> <li>▪ Identificou as barreiras arquitetónicas existentes no contexto de vida da pessoa, procurou eliminá-las e ainda incentivou a pessoa e o cuidador à prática de atividades ergonómicas;</li> <li>▪ Participou em atividades desenvolvidas na comunidade que promovessem a inclusão de pessoas com necessidades de saúde e educativas especiais.</li> </ul>
<b>Objetivo Específico</b>	Melhorar as capacidades funcionais da pessoa através do treino motor, cardíaco e respiratório
<b>Domínios e Competências (Específicas do EEER)</b>	J3- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa;
<b>Atividades/Estratégias</b>	<b>Indicadores de Avaliação/Resultados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Planear e implementar o treino motor, cardíaco e respiratório, aplicando os conhecimentos baseados em evidência científica atual, tendo em consideração a complexidade e vulnerabilidade da pessoa;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Planeou e implementou o treino motor, cardíaco e respiratório, procurando aplicar os conhecimentos baseados em evidência científica atual, tendo em conta a complexidade e vulnerabilidade da pessoa;</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ensinar e instruir a pessoa para a realização de treinos específicos e planos de exercício físico, aplicados mediante o objetivo pessoal e projeto de saúde;</li> <li>▪ Monitorizar a implementação e os resultados obtidos nos programas de treino motor, cardíaco e respiratório, garantindo o foco da promoção da saúde, prevenção de lesões, autogestão e maximização da capacidade funcional da pessoa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Definiu com a pessoa os objetivos pessoais e projetos de saúde a desenvolver, ensinou e instruiu-a para a realização de treinos específicos e planos de exercício físico;</li> <li>▪ Monitorizou a implementação e os resultados obtidos nos programas de treino motor, cardíaco e respiratório, focando na promoção da saúde, prevenção de lesões, autogestão e maximização da capacidade funcional da pessoa;</li> </ul>
<p><b>Objetivo Geral</b></p>	<p>Desenvolver as competências profissionais de intervenção do EEER que promovam a marcha na pessoa com AVC</p>
<p><b>Domínios e Competências (Comuns e Específicas do EEER)</b></p>	<p>A1- Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de Enfermagem de Reabilitação, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;</p> <p>A2- Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;</p> <p>B1- Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;</p> <p>B2- Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;</p> <p>B3- Garante um ambiente terapêutico e seguro;</p> <p>C1- Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;</p>



	<p>C2- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados;</p> <p>D1- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;</p> <p>D2- Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica;</p> <p>J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;</p> <p>J2- Capacita a pessoa com deficiências, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;</p> <p>J3- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>
<b>Atividades/Estratégias</b>	<b>Indicadores de Avaliação/Resultados</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Desenvolver conhecimentos teóricos baseados na evidência científica atual e pertinente, sobre as complicações decorrentes do AVC, particularmente das alterações motoras implícitas na marcha;</li><li>▪ Desenvolver projetos de melhoria contínua na área do AVC e programas de reabilitação na recuperação da marcha;</li><li>▪ Aplicar programas de reeducação funcional motora dedicados à pessoa com AVC, mediante a avaliação neurológica - Estado mental (consciência, orientação, atenção, memória, linguagem); 12 Pares Cranianos (funções e respetiva avaliação); Tónus</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Pesquisou e aplicou os conhecimentos teóricos baseados na evidência científica atual e pertinente, sobre as complicações decorrentes do AVC, particularmente das alterações motoras implícitas na marcha;</li><li>▪ No decorrer dos estágios, desenvolveu projetos de melhoria contínua na área do AVC e défice de equilíbrio/ alteração da marcha e programas de reabilitação assentes na recuperação da marcha;</li><li>▪ Aplicou programas de reeducação funcional motora individualizados à pessoa com AVC, em função da avaliação neurológica realizada previamente;</li></ul>

muscular, força muscular, coordenação motora e equilíbrio;

Sensibilidade superficial e profunda;

- Avaliar a capacidade funcional da pessoa com AVC e com alterações na marcha, através da aplicação de escalas de estado de consciência (Escala de Consciência de Glasgow), avaliação da força muscular (Medical Research Council), avaliação da espasticidade (Escala de Ashworth modificada), avaliação do equilíbrio (Escala de Equilíbrio de Berg), avaliação do autocuidado (Índice de Barthel, Medida de Independência Funcional), avaliação de défices sensoriais (Avaliação Sensorial de Nottingham), avaliação da capacidade para a marcha (Categorias Funcionais de Marcha);
- Desenvolver conhecimentos técnicos sobre estimulação neurosensorial e reeducação funcional motora (posicionamento, transferência, levante, equilíbrio sentado e ortostático, marcha com equipamentos de apoio), na pessoa com AVC e alterações na marcha;
- Suportar as intervenções do EEER à pessoa após AVC e com alterações no autocuidado andar, com base na Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem;

- Avaliou a capacidade funcional da pessoa com AVC e alterações na marcha, através da aplicação de escalas de avaliação;
- Desenvolveu e aplicou conhecimentos técnicos sobre a estimulação neurosensorial e reeducação funcional motora na pessoa com AVC e alterações na marcha;
- Assegurou as intervenções de EEER à pessoa com AVC e com alterações na marcha, tendo em consideração a Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem;
- Planeou e aplicou os programas de reabilitação à pessoa com AVC e alterações na marcha, de forma a torná-la o mais autónoma possível nas AVD;
- Desenvolveu planos de treino motor individualizados que promovessem a capacitação funcional da pessoa com AVC;
- Ensinou e instruiu a pessoa com AVC e alterações na marcha, para planos de treino motor, marcha com produtos de apoio e exercício físico que promovessem a recuperação da marcha e o ganho de qualidade de vida;



- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Planear e aplicar programas de reabilitação que permitam à pessoa com AVC e alterações na marcha, praticar as AVD o mais autónoma possível;</li><li>▪ Desenvolver planos de treino motor que permitam a capacitação funcional da pessoa com AVC;</li><li>▪ Ensinar e instruir a pessoa com AVC e alterações na marcha, para planos de treino motor, marcha com produtos de apoio e exercício físico que promovam a recuperação da marcha e o ganho de qualidade de vida.</li></ul> |  |
|--|--|



## CONCLUSÃO

Pessoalmente, considero que o desenvolvimento deste projeto de estágio representa o atingir de vários objetivos com sucesso. O objetivo central do projeto de estágio foi cumprido eficazmente, pois identifiquei e descrevi de forma clara a minha área de interesse que é sem dúvida a área motora, direcionada ao autocuidado andar na pessoa após AVC, patologia que me foi possível confirmar em estágio, ser desafiante no que toca ao tipo de intervenção, surpreendentemente trabalhável e recuperável.

Consegui justificar a pertinência do tema, uma vez que é uma das problemáticas mais frequentes na atualidade. Apresentei intervenções concretas do EEER atuais, algumas facilmente aplicáveis no contexto prático de cuidados, mas outras, nomeadamente com auxílio de equipamentos tecnológicos, ainda não são muito utilizadas por questões socioeconómicos do país, contudo, tenho esperança de que façam parte de um futuro próximo nos cuidados de reabilitação em Portugal, em prol de bons resultados com ganhos em saúde e qualidade de vida.

Na perspetiva teórica, fundamentei o tema do autocuidado andar com a TDAC que se enquadra perfeitamente nas intervenções do EEER à pessoa após AVC. Consegui ter essa perceção no estudo de caso que desenvolvi em estágio, onde obtive resultados muito favoráveis no autocuidado andar.

A definição de objetivos gerais e específicos, assim como o planeamento de atividades a aplicar no estágio, permitiram-me identificar lacunas de conhecimentos e de prática de cuidados, a nível pessoal e no serviço onde estagiei, o que me desafiou para pesquisas de carácter científico que me possibilitaram intervir nos cuidados de reabilitação de forma mais esclarecida e segura. O planeamento de atividades, a elaboração pormenorizada do estudo de caso, permitiu-me sistematizar e organizar as atividades e os planos de exercícios adequados a cada pessoa, um ser único, com especificidades particulares que merece um plano de cuidados de reabilitação individualizado e em concordância com a motivação pessoal, indicador importante para a recuperação da pessoa.

Consegui desenvolver em grupo de trabalho, uma norma de procedimento hospitalar para o serviço, o que será útil e aplicável nos cuidados de reabilitação diários do serviço, contribuindo favoravelmente para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, pois permitiu o desenvolvimento de conhecimentos na área do equilíbrio corporal comprometido, comum à maioria das pessoas internadas no serviço.

De um modo geral, tenho vindo a enriquecer-me de conhecimentos especializados, saberes próprios e diferenciados, muito úteis na minha prática clínica. Tenho-me sentido desafiada dia após dia no que toca à investigação científica, essencial em cada prática de cuidados ou intervenção na área da enfermagem de reabilitação. Sinto que cumpro os objetivos a que me propus inicialmente, mas desejo conseguir fazer mais e melhor até ao término deste percurso de aprendizagem, e futuramente enquanto enfermeira especialista na área de reabilitação.

Confesso que no decorrer do estágio, senti alguma limitação que não prejudicou, mas que limitou em parte a prática dos cuidados de reabilitação, a falta de enfermeiros especialistas a praticar os cuidados de reabilitação, a inexistência de profissionais em todos os turnos impossibilitou que diariamente existissem cuidados de reabilitação praticados por enfermeiros especialistas. Desmotiva os orientadores que se responsabilizaram por transmitir conhecimentos e ensinar as melhores práticas de cuidados de reabilitação, e outros enfermeiros do serviço que se vêm impossibilitados de praticar os cuidados especializados a que se propuseram.

Ainda no contexto de estágio, esperava prestar cuidados de reabilitação a pessoas com AVC, contudo, não me foi possível porque não existiram casos clínicos durante o período de estágio. Consegui adequar o meu tema a grande parte das pessoas, mas não com diagnóstico de AVC.

Não diria limitação, mas algo que considerarei benéfico neste estágio, o facto de existir mais do que um estudante no mesmo campo de estágio, facilitou a adaptação ao serviço e ao tipo de cuidados diferenciados, à implementação de programas de reabilitação e desenvolvimento de projetos académicos, o que se traduz numa motivação pessoal.

Concluindo, desenvolver este projeto de estágio e todos os outros trabalhos académicos, conciliar a vida profissional com a vida pessoal, tem sido um enorme desafio para mim. Contudo, orgulho-me de me manter focada no objetivo de vir a ser enfermeira especialista na área de reabilitação. Tenho a certeza de que conseguirei sê-lo brevemente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Atalan, P., Bērziņa, G., & Sunnerhagen, K. S. (2021). Influence of mobility restrictions on post-stroke pain. *Brain and behavior*, 11(5), e02092. <https://doi.org/10.1002/brb3.2092>

Feske S. K. (2021). Ischemic Stroke. *The American journal of medicine*, 134(12), 1457-1464. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2021.07.027>

Ordem dos Enfermeiros (2021). Recomendações para o estágio e relatório da componente clínico dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista. *Ordem dos Enfermeiros*, 1-5. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2018). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. Assembleia do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Lisboa. Consultado em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4\\_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_291\\_02015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_291_02015_VF_site.pdf)

Orem, D.E. (2001). *Nursing: Concepts of practice*, 6th edition; St. Louis, MO: Mosby

Organização Mundial da Saúde (2021). Doenças cardiovasculares (DCVs) – Folha informativa. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>

Organização Mundial de Saúde (2021). Dia Mundial do AVC. <https://www.who.int/southeastasia/news/detail/28-10-2021-world-stroke-day>

Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II Série, n.º 26 (6/2/2019). 4744-4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Regulamento nº 392/2019 de 3 de maio. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República II Série, n.º 85 (3/5/2019). 13565-13568. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>

## APÊNDICE 2: PROTOCOLO DE REVISÃO *SCOPING*



## PROTOCOLO DA REVISÃO SCOPING

**Objetivo:** Descrever e Mapear as tendências atuais na reabilitação da marcha para pessoas após AVC.

**Questão de investigação:** Quais são as tendências atuais na reabilitação da marcha para pessoas após AVC?

**População:** Pessoas após AVC.

**Conceito:** Promoção da marcha.

**Contexto:** Intervenções de reabilitação.

### Metodologia de pesquisa:

As pesquisas foram realizadas na plataforma *EBSCOhost* via Ordem dos Enfermeiros, nas bases de dados *CINAHL Complete*, *MEDLINE Complete*, *Nursing & Allied Health Collection*.

**Descritores:** *Stroke; Rehabilitation; Gait.*

### Critérios de Inclusão e Exclusão:

Parâmetros	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
<b>População</b>	Pessoas após AVC; Adultos $\geq 18$ anos.	Outras condições de saúde além do AVC; Participantes $< 18$ anos.
<b>Conceito</b>	Estudos que exploram as tendências atuais para promoção da marcha.	Estudos que não exploram intervenções para promoção da marcha.
<b>Contexto</b>	Estudos realizados em ambientes de reabilitação.	Estudos realizados em ambientes sem reabilitação.
<b>Desenho de Estudo</b>	Ensaio clínico randomizado com foco em intervenções que promovem a marcha em pessoas com AVC.	Outro tipo de estudos.

APÊNDICE 3: REFERENCIAL DE ENFERMAGEM DE  
REABILITAÇÃO

Unidade de Cuidados Continuados Integrados

## **REFERENCIAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

SISTEMA INFORMÁTICO *SISBIT*

Estudantes de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação:  
Enf.(as) Joana Teodoro; Júlia Saraiva; Marlene Cavaco.

Professores Orientadores: Dina Peças; Gonçalo Rosa; Júlio  
Fernandes.

Orientadores Enf.(s) Especialistas em Enfermagem de  
Reabilitação:

Novembro, 2023



## ÍNDICE

<u>NOTA INTRODUTÓRIA</u> .....	32
<u>DESCRIÇÃO DE FOCOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO- SISTEMA INFORMÁTICO SISBIT</u> .....	34
<u>E02 - Dispneia</u> .....	34
<u>E15 - Limpeza das Vias Aéreas</u> .....	37
<u>E19- Ventilação</u> .....	45
<u>E23 - Alimentar-se (Alimentar)</u> .....	49
<u>E28 - Mobilidade (Movimento corporal)</u> .....	56
<u>E29 - Transferir-se (Transferir)</u> .....	63
<u>E31 - Erguer-se</u> .....	67
<u>E32 - Mobilidade de cadeira de rodas (Escala de Berg presente na Avaliação Inicial)</u> .....	69
<u>E33 - Mobilidade na cama</u> .....	71
<u>E36 - Conhecimento</u> .....	73
<u>E37 - Comunicação</u> .....	74
<u>E38 - Confusão</u> .....	77
<u>CONCLUSÕES</u> .....	80
<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u> .....	81



## NOTA INTRODUTÓRIA

### Preâmbulo:

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) nº 392/2019 “a reabilitação enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência (...), implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial da pessoa”.

O EEER desempenha um papel fundamental na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), contribuindo diariamente para a recuperação, manutenção funcional dos utentes, a sua reintegração social, conforto e qualidade de vida, além de colaborar nos ensinamentos ao prestador de cuidados na preparação para a alta (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2009).

Como garantia na qualidade dos cuidados de enfermagem, foi desenvolvido o Referencial do Enfermeiro, que visa a tomada de decisão dos enfermeiros, no domínio da responsabilidade profissional na RNCCI. Clarifica as intervenções de enfermagem na RNCCI, estabelece o acompanhamento à pessoa dependente e sua família, permite a uniformização da linguagem pelos enfermeiros nos diferentes contextos da RNCCI, bem como a promoção de um padrão documental que evidencie a qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2009).

Desta forma, pretende-se como objetivo a criação do Referencial de Enfermagem de Reabilitação de acordo com os diagnósticos de enfermagem do sistema em vigor na Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) |, o sistema informático *Sisbit*.

O referencial permite elucidar os EEER para os focos de enfermagem de alta sensibilidade a ter em conta no processo de cuidados dos utentes, após a avaliação inicial prévia, com vista a atingir determinados objetivos, a nível motor, respiratório, cognitivo e/ou funcional, com o intuito de promover a máxima funcionalidade e bem-estar do utente

e família. Ainda evidencia intervenções de enfermagem que podem ser delegadas ao enfermeiro de cuidados gerais, sensibilizando-o para a importância da sua atuação que em conjunto com o EEER, contribui para a implementação de cuidados diferenciados e ajustados às necessidades de cada utente. Para o seu desenvolvimento foram utilizados como recursos conceituais, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o Padrão Documental do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e como motor de pesquisa, os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/ MeSH).

Não obstante o papel do EEER em todos os focos existentes no *sisbit*, pretende-se que este referencial apoie a tomada de decisão dos EEER, no domínio da responsabilidade profissional na implementação dos cuidados aos utentes da UCCI



## **DESCRIÇÃO DE FOCOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO- SISTEMA INFORMÁTICO *SISBIT***

### **E02 - Dispneia**

Compromisso no sistema respiratório: movimento ativo da entrada e saída de ar dos pulmões com esforço crescente, associado à insuficiência de oxigénio na circulação sanguínea, sensação de desconforto e ansiedade (Conselho Internacional de Enfermeiros [CIPE], 2019).

#### **001 – Auscultar tórax;**

Auscultar: Ouvir os sons do interior do corpo (CIPE, 2019).

Tórax: Região corporal (CIPE, 2019).

#### **005 – Executar técnica de relaxamento;**

Executar: Ação, desempenho de tarefa técnica (CIPE, 2019).

Técnica de relaxamento: Técnica que promove a contração e relaxamento muscular, por exemplo a respiração diafragmática (Willhelm et al., 2015).

#### **006 – Gerir medicação;**

Gerir: Ação, encargo de, e organização para alguém ou de alguma coisa (CIPE, 2019).

Medicação: Fármaco (CIPE, 2019).

#### **007 – Gerir oxigenoterapia através de dispositivo respiratório (ex: máscara de oxigénio);**

Gerir: Ação, encargo de, e organização para alguém ou de alguma coisa (CIPE, 2019).

Oxigenoterapia: Terapia de administração de oxigénio acima da concentração normal com o objetivo de manter a oxigenação adequada das células do corpo, evitando ou corrigindo a hipóxia (Varão, et al., 2022).



Dispositivo respiratório: Instrumento simples utilizado para melhorar a expansão pulmonar, promover ou fortalecer a higiene brônquica e obter fortalecimento dos músculos ventilatórios (Badaró, 2017).

**008 – Incentivar para técnica respiratória;**

Incentivar: Promoção de algo. Estimular o interesse de alguém por uma atividade (CIPE, 2019).

Técnica respiratória: Técnica respiratória ou da tosse (CIPE, 2019).

**009 – Incentivar sobre técnica de relaxamento;**

Incentivar: Promoção de algo. Estimular o interesse de alguém por uma atividade (CIPE, 2019).

Técnica de relaxamento: Técnica que promove a contração e relaxamento muscular, por exemplo a respiração diafragmática (Willhelm et al., 2015).

**010 – Instruir sobre técnica de inalação;**

Instruir: Ensinar, sistematizar informação a alguém sobre como fazer alguma coisa (CIPE, 2019).

Técnica de inalação: Técnica de utilização simples e correta de inaladores (Aguiar et al., 2017).

**011 – Instruir sobre como administrar de oxigenoterapia;**

Instruir: Ensinar, sistematizar informação a alguém sobre como fazer alguma coisa (CIPE, 2019).

Administrar: Distribuir, aplicar algo (CIPE, 2019).

Oxigenoterapia: Terapia de administração de oxigênio acima da concentração normal com o objetivo de manter a oxigenação adequada das células do corpo, evitando ou corrigindo a hipoxemia (Varão, et al., 2022).

**012 – Instruir sobre inaloterapia;**

Instruir: Ensinar, sistematizar informação a alguém sobre como fazer alguma coisa (CIPE, 2019).

Inaloterapia: Terapia de administração, por via inalatória, de fármacos na forma de aerossol com a finalidade terapêutica (Aguiar et al., 2017).

**013 – Instruir sobre técnica de relaxamento;**

Instruir: Ensinar, sistematizar informação a alguém sobre como fazer alguma coisa (CIPE, 2019).

Técnica de relaxamento: Técnica que promove a contração e relaxamento muscular, por exemplo a respiração diafragmática (Willhelm et al., 2015).

**014 – Instruir sobre técnica respiratória;**

Instruir: Ensinar, sistematizar informação a alguém sobre como fazer alguma coisa (CIPE, 2019).

Técnica respiratória: Técnica respiratória ou da tosse (CIPE, 2019).

**015 – Monitorizar perfusão dos tecidos (saturação periférica de o<sub>2</sub>);**

Monitorizar: Determinar, contar em ocasiões repetidas ou regulares, alguma coisa ou alguém (CIPE, 2019).

Perfusão dos tecidos: Processo vascular que envolve o movimento do sangue pelos tecidos periféricos para fornecimento de oxigénio, líquidos e nutrientes nas células do corpo, associado à temperatura e cor da pele, diminuição do pulso arterial, cicatrização das feridas e crescimento dos pêlos, alteração na pressão sanguínea arterial (CIPE, 2019).

**018 – Posicionar cliente (estrutura corporal/posição);**

Posicionar: Executar, colocar algo ou alguém em determinada posição (CIPE, 2019).

Cliente: Indivíduo (CIPE,2019).

**020 – Supervisionar técnica respiratória;**

Supervisionar: Monitorizar, acompanhar o progresso de algo ou alguém (CIPE, 2019).

Técnica respiratória: Técnica respiratória ou da tosse (CIPE, 2019).

**021 – Treinar o administrar de oxigenoterapia;**

Treinar: Instruir, desenvolver o funcionamento de algo ou as capacidades de alguém (CIPE, 2019).

Administrar: Distribuir, aplicar algo (CIPE, 2019).



Oxigenoterapia: Terapia de administração de oxigénio acima da concentração normal com o objetivo de manter a oxigenação adequada das células do corpo, evitando ou corrigindo a hipoxemia (Varão, et al., 2022).

### **022 – Treinar técnica de relaxamento;**

Treinar: Instruir, desenvolver o funcionamento de algo ou as capacidades de alguém (CIPE, 2019).

Técnica de relaxamento: Técnica que promove a contração e relaxamento muscular, por exemplo a respiração diafragmática (Willhelm et al., 2015).

### **023 – Treinar técnicas respiratórias;**

Treinar: Instruir, desenvolver o funcionamento de algo ou as capacidades de alguém (CIPE, 2019).

Técnica respiratória: Técnica respiratória ou da tosse (CIPE, 2019).

## **E15 – Limpeza das Vias Aéreas**

Processo do sistema respiratório: capacidade para limpar secreções ou obstruções, mantendo livre a passagem de ar desde a boca até aos pulmões (CIPE, 2019).

### **002 – Aspirar mecanicamente substância secretada pela cavidade nasal;**

Aspirar mecanicamente: Succionar com equipamento mecânico (CIPE, 2019).

Substância secretada: Substância corporal (CIPE, 2019).

Cavidade nasal: Formada por duas cavidades paralelas que se estendem das narinas até à faringe, separadas por uma parede cartilaginosa (Meirelles, 2008).

### **003 – Aspirar mecanicamente substância secretada pela cavidade oral;**

Aspirar mecanicamente: Succionar com equipamento mecânico (CIPE, 2019).

Substância secretada: Substância corporal (CIPE, 2019).

Cavidade oral: Corresponde à porção inicial do sistema digestório. Localizada no terço inferior da face e comunica-se com o exterior através da abertura oral, e com a parte oral da faringe (orofaringe) através de uma abertura ampla denominada istmo da garganta (Madeira et al., 2016).



**004 - Aspirar mecanicamente substância secretada pela traqueostomia;**

Aspirar mecanicamente: Succionar com equipamento mecânico (CIPE, 2019).

Substância secretada: Substância corporal (CIPE, 2019).

Traqueostomia: Estoma (CIPE, 2019).

**006 – Assistir no aspirar substância secretada (secreções);**

Assistir: Atender, colaborar com ou para alguém (CIPE, 2019).

Aspirar: Succionar ou retirar uma substância (CIPE, 2019).

Substância secretada: Substância corporal (CIPE, 2019).

**007 – Auscultar tórax** (Intervenção existe no Foco: E02 Dispneia - 001);

Auscultar: ouvir os sons do interior do corpo (CIPE, 2019).

Tórax: Região corporal (CIPE, 2019).

**008 – Avaliar aprendizagem cognitiva;**

Avaliar: Estimar a dimensão, excelência ou significado de alguma coisa (CIPE, 2019).

Aprendizagem cognitiva: Adquirir conhecimento por meio do pensamento consciente e da inteligência (CIPE, 2019).

**009 – Avaliar aprendizagem de capacidades;**

Avaliar: Estimar a dimensão, excelência ou significado de alguma coisa (CIPE, 2019).

Aprendizagem de capacidades: Desenvolver competências práticas por meio de treino, prática e exercício (CIPE, 2019).

**010 – Avaliar capacidade para expetorar;**

Avaliar: Estimar a dimensão, qualidade ou significado de alguma coisa (CIPE, 2019).

Capacidade (Aptidão): Aquisição de diversos tipos de conhecimentos ou habilidades gerais ou específicas (DeCS/MeSH, 2017).

Expetorar: Limpeza da via aérea, expulsão de muco, material mucopurulento ou líquidos da traqueia, brônquios e pulmões, tossindo ou cuspiendo (CIPE, 2019).

**011 – Avaliar capacidade para tossir;**

Avaliar: Estimar a dimensão, qualidade ou significado de alguma coisa (CIPE, 2019).

Capacidade (Aptidão): Aquisição de diversos tipos de conhecimentos ou habilidades gerais ou específicas (DeCS/MeSH, 2017).

Tosse: Processo de libertação súbita de ar dos pulmões, para limpeza da via aérea (CIPE, 2019).

**012 – Dar água (líquidos);**

Dar: Distribuir, transferir alguma coisa (CIPE, 2019).

Água: Material, substância composta por hidrogênio e oxigênio, incolor, fundamental para a sobrevivência da maioria das plantas e animais, desempenhando um papel vital na vida e desenvolvimento dos seres humanos (CIPE, 2019).

**015 – Ensinar sobre como administrar oxigenoterapia através de dispositivos respiratórios (ex: máscara de oxigênio);**

Ensinar: Informar, dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde (CIPE, 2019).

Administrar: Distribuir, providenciar ou aplicar algo (CIPE, 2019).

Oxigenoterapia: Terapia de administração de oxigênio acima da concentração normal com o objetivo de manter a oxigenação adequada das células do corpo, evitando ou corrigindo a hipoxemia (Varão, et al., 2022).

Dispositivo respiratório: Instrumento simples utilizado para melhorar a expansão pulmonar, promover ou fortalecer a higiene brônquica e obter fortalecimento dos músculos ventilatórios (Badaró, 2017).

**016 – Ensinar sobre expetorar;**

Ensinar: Informar, dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde (CIPE, 2019).

Expetorar: Limpeza da via aérea, expulsão de muco, material mucopurulento ou líquidos da traqueia, brônquios e pulmões, tossindo ou cuspidando (CIPE, 2019).



### **017 – Ensinar sobre Inaloterapia;**

Ensinar: Informar, dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde (CIPE, 2019).

Inaloterapia: Terapia de administração, por via inalatória, de fármacos na forma de aerossol com a finalidade terapêutica (Aguiar et al., 2017).

### **018 – Ensinar sobre o aspirar mecanicamente substância secretada (secreções);**

Ensinar: Informar, dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde (CIPE, 2019).

Aspirar mecanicamente: Succionar com equipamento mecânico (CIPE, 2019).

Substância secretada: Substância corporal (CIPE, 2019).

### **020 – Ensinar sobre posicionar para refeição;**

Ensinar: Informar, dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde (CIPE, 2019).

Posicionar: Executar, colocar alguém ou alguma coisa em determinada posição (CIPE, 2019).

Refeição: Quantidade de alimentos oferecida ao cliente (CIPE, 2019).

### **021 – Ensinar sobre técnica respiratória;**

Ensinar: Informar, dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde (CIPE, 2019).

Técnica respiratória: Técnica respiratória ou da tosse (CIPE, 2019).

### **022 – Ensinar sobre tossir;**

Ensinar: Informar, dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde (CIPE, 2019).

Tosse: processo de libertação súbita de ar dos pulmões, para limpeza da via aérea (CIPE, 2019).

### **023 – Estimular o tossir;**

Estimular: Incitar ou despertar alguma coisa (CIPE, 2019).



Tosse: processo de libertação súbita de ar dos pulmões, para limpeza da via aérea (CIPE, 2019).

**024 – Executar inaloterapia;**

Executar: Ação, desempenho de tarefa técnica (CIPE, 2019).

Inaloterapia: Terapia de administração, por via inalatória, de fármacos na forma de aerossol com a finalidade terapêutica (Aguiar et al., 2017).

**025 – Executar técnica respiratória;**

Executar: Ação, desempenho de tarefa técnica (CIPE, 2019).

Técnica respiratória: Técnica respiratória ou da tosse (CIPE, 2019).

**027 – Gerir oxigenoterapia através de dispositivo respiratório (máscara de oxigénio)** (Intervenção referenciada no Foco: E02 Dispneia - 007);

Gerir: Ação, estar encarregue de, e organizar para alguém ou alguma coisa (CIPE, 2019).

Oxigenoterapia: Terapia de administração de oxigénio acima da concentração normal com o objetivo de manter a oxigenação adequada das células do corpo, evitando ou corrigindo a hipoxemia (Varão, et al., 2022).

Dispositivo respiratório: Instrumento simples utilizado para melhorar a expansão pulmonar, promover ou fortalecer a higiene brônquica e obter fortalecimento dos músculos ventilatórios (Badaró, 2017).

**028 – Incentivar ingestão de líquidos;**

Incentivar: Promover, levar alguém a agir de uma maneira específica ou despertar o interesse de alguém por uma atividade (CIPE, 2019).

Ingestão de líquidos: Nutrição, processo de fornecimento de nutrientes líquidos e água, essenciais para o crescimento, funcionamento adequado e manutenção da vida (CIPE, 2019).

**029 – Instruir como administrar oxigenoterapia;** (Intervenção referenciada no Foco: E02 Dispneia - 011);

Instruir: Ensinar, sistematizar informação a alguém sobre como fazer alguma coisa (CIPE, 2019).

Administrar: Distribuir, providenciar ou aplicar algo (CIPE, 2019).

Oxigenoterapia: Terapia de administração de oxigênio acima da concentração normal com o objetivo de manter a oxigenação adequada das células do corpo, evitando ou corrigindo a hipoxemia (Varão, et al., 2022).

### **031 – Instruir sobre expetorar;**

Instruir: Ensinar, sistematizar informação a alguém sobre como fazer alguma coisa (CIPE, 2019).

Expetorar: Limpeza da via aérea, expulsão de muco, material mucopurulento ou líquidos da traqueia, brônquios e pulmões, tossindo ou cuspidando (CIPE, 2019).

**032 – Instruir sobre inaloterapia;** (Intervenção referenciada no Foco: E02 Dispneia 012);

Instruir: Ensinar, sistematizar informação a alguém sobre como fazer alguma coisa (CIPE, 2019).

Inaloterapia: Terapia de administração, por via inalatória, de fármacos na forma de aerossol com a finalidade terapêutica (Aguiar et al., 2017).

### **033 – Instruir sobre técnica da tosse;**

Instruir: Ensinar, sistematizar informação a alguém sobre como fazer alguma coisa (CIPE, 2019).

Técnica (Método): Conjunto de etapas, conhecimentos científicos executados para realizar uma investigação, obter um dado resultado (DeCS/MeSH, 2017).

Tosse: processo de libertação súbita de ar dos pulmões, para limpeza da via aérea (CIPE, 2019).

**034 – Instruir sobre técnica respiratória;** (Intervenção referenciada no Foco: E02 Dispneia - 014);

Instruir: Ensinar, sistematizar informação a alguém sobre como fazer alguma coisa (CIPE, 2019).

Técnica respiratória: Técnica respiratória ou da tosse (CIPE, 2019).



### **036 – Planear ingestão de líquidos;**

Planear: Coordenar, ponderar, ordenar e organizar previamente alguma coisa (CIPE, 2019).

Ingestão de líquidos: Nutrição, processo de fornecimento de nutrientes líquidos e água, essenciais para o crescimento, funcionamento adequado e manutenção da vida (CIPE, 2019).

**037 – Posicionar cliente (estrutura corporal/posição);** (Intervenção referenciada no Foco: E02 Dispneia - 018);

Posicionar: Executar, colocar alguém ou alguma coisa em determinada posição (CIPE, 2019).

Cliente: Indivíduo (CIPE, 2019).

### **039 – Supervisionar executar de inaloterapia;**

Supervisionar: Monitorizar, inspecionar o progresso de alguém ou alguma coisa (CIPE, 2019).

Executar: Ação, desempenho de tarefa técnica (CIPE, 2019).

Inaloterapia: Terapia de administração, por via inalatória, de fármacos na forma de aerossol com a finalidade terapêutica (Aguiar et al., 2017).

### **040 – Supervisionar o administrar de oxigenoterapia;**

Supervisionar: Monitorizar, inspecionar o progresso de alguém ou alguma coisa (CIPE, 2019).

Administrar: Distribuir, providenciar ou aplicar algo (CIPE, 2019).

Oxigenoterapia: Terapia de administração de oxigénio acima da concentração normal com o objetivo de manter a oxigenação adequada das células do corpo, evitando ou corrigindo a hipoxemia (Varão, et al., 2022).

### **041 – Supervisionar técnica da tosse;**

Supervisionar: Monitorizar, inspecionar o progresso de alguém ou alguma coisa (CIPE, 2019).

Técnica (Método): Conjunto de etapas, conhecimentos científicos executados para realizar uma investigação, obter um dado resultado (DeCS/MeSH, 2017).

Tosse: Processo de libertação súbita de ar dos pulmões, para limpeza da via aérea (CIPE, 2019).

**043 – Supervisionar técnica respiratória;**

Supervisionar: Monitorizar, inspecionar o progresso de alguém ou alguma coisa (CIPE, 2019).

Técnica respiratória: Técnica respiratória ou da tosse (CIPE, 2019).

**045 – Treinar inaloterapia;**

Treinar: Instruir, desenvolver o funcionamento de algo ou as capacidades de alguém (CIPE, 2019).

Inaloterapia: Terapia de administração, por via inalatória, de fármacos na forma de aerossol com a finalidade terapêutica (Aguiar et al., 2017).

**046 – Treinar sobre o administrar de oxigenoterapia;** (Intervenção referenciada no Foco: E02 Dispneia - 021);

Treinar: Instruir, desenvolver o funcionamento de algo ou as capacidades de alguém (CIPE, 2019).

Administrar: Distribuir, providenciar ou aplicar algo (CIPE, 2019).

Oxigenoterapia: Terapia de administração de oxigénio acima da concentração normal com o objetivo de manter a oxigenação adequada das células do corpo, evitando ou corrigindo a hipoxemia (Varão, et al., 2022).

**048 – Treinar técnica da tosse;**

Treinar: Instruir, desenvolver o funcionamento de algo ou as capacidades de alguém (CIPE, 2019).

Técnica (Método): Conjunto de etapas, conhecimentos científicos executados para realizar uma investigação, obter um dado resultado (DeCS/MeSH, 2017).

Tosse: Processo de libertação súbita de ar dos pulmões, para limpeza da via aérea (CIPE,2019).

**049 – Treinar técnica respiratória;** (Intervenção referenciada no Foco: E02 Dispneia - 023);



Treinar: Instruir, desenvolver o funcionamento de algo ou as capacidades de alguém (CIPE, 2019).

Técnica respiratória: Técnica respiratória ou da tosse (CIPE, 2019).

#### **050 – Validar conhecimentos;**

Validar: Observar, estabelecer a exatidão, qualidade ou o estado de alguma coisa (CIPE, 2019).

Conhecimento: Status, conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação aprendida ou competência; conhecimento e reconhecimento da informação (CIPE, 2019).

#### **051 – Vigiar expetoração;**

Vigiar: Monitorizar, averiguar minuciosamente de forma constante alguém ou alguma coisa ao longo do tempo (CIPE, 2019).

Expetoração: Substância secretada (CIPE, 2019).

#### **053 – Vigiar reflexo para tossir;**

Vigiar: Monitorizar, averiguar minuciosamente de forma constante alguém ou alguma coisa ao longo do tempo (CIPE, 2019).

Reflexo: Resposta física (CIPE, 2019).

Tosse: Processo de libertação súbita de ar dos pulmões, para limpeza da via aérea (CIPE, 2019).

#### **054 – Vigiar ventilação;**

Vigiar: Monitorizar, averiguar minuciosamente de forma constante alguém ou alguma coisa ao longo do tempo (CIPE, 2019).

Ventilação: Processo do sistema respiratório: entrada e saída de ar dos pulmões, com determinada frequência, ritmo, profundidade inspiratória e força expiratória (CIPE, 2019).

### **E19- Ventilação**

Ventilação: Processo do sistema respiratório, entrada e saída de ar dos pulmões, com determinada frequência, ritmo, profundidade inspiratória e força expiratória (CIPE, 2019).

**001 – Administrar oxigenoterapia através de dispositivo respiratório (ex: óculos nasais, sonda de oxigénio, máscara de oxigénio);**

Administrar: Distribuir, providenciar ou aplicar algo (CIPE, 2019).

Oxigenoterapia: Terapia de administração de oxigénio acima da concentração normal com o objetivo de manter a oxigenação adequada das células do corpo, evitando ou corrigindo a hipoxemia (Varão, et al., 2022).

Dispositivo respiratório: Instrumento simples utilizado para melhorar a expansão pulmonar, promover ou fortalecer a higiene brônquica e obter fortalecimento dos músculos ventilatórios (Badaró, 2017).

**002 – Auscultar tórax;** (Intervenção referenciada no Foco: E02 Dispneia - 001 e no Foco: E15 Limpeza das VA - 007);

Auscultar: ouvir os sons do interior do corpo (CIPE, 2019).

Tórax: Região corporal (CIPE, 2019).

**003 – Ensinar sobre inaloterapia;** (Intervenção referenciada no Foco: E15 Limpeza das VA - 017);

Ensinar: Informar, dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde (CIPE, 2019).

Inaloterapia: Terapia de administração, por via inalatória, de fármacos na forma de aerossol com a finalidade terapêutica (Aguiar et al., 2017).

**004 – Ensinar sobre técnica de relaxamento;**

Ensinar: Informar, dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde (CIPE, 2019).

Técnica de relaxamento: Técnica que promove a contração e relaxamento muscular, por exemplo a respiração diafragmática (Willhelm et al., 2015).

**005 – Ensinar sobre técnica respiratória;** (Intervenção referenciada no Foco: E15 Limpeza das VA - 021);

Ensinar: Informar, dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde (CIPE, 2019).

Técnica respiratória: Técnica respiratória ou da tosse (CIPE, 2019).



**006 – Executar inaloterapia;**

Executar: Ação, desempenho de tarefa técnica (CIPE, 2019).

Inaloterapia: Terapia de administração, por via inalatória, de fármacos na forma de aerossol com a finalidade terapêutica (Aguiar et al., 2017).

**007 – Gerir medicação;** (Intervenção referenciada no Foco: E02 Dispneia -006);

Gerir: Ação, encargo de, e organização para alguém ou de alguma coisa (CIPE, 2019).

Medicação: Fármaco (CIPE, 2019).

**008 – Gerir oxigenoterapia através de dispositivo respiratório;** (Intervenção referenciada no Foco: E02 Dispneia -007 e no Foco: E15 Limpeza das VA - 027);

Gerir: Ação, encargo de, e organização para alguém ou de alguma coisa (CIPE, 2019).

Oxigenoterapia: Terapia de administração de oxigénio acima da concentração normal com o objetivo de manter a oxigenação adequada das células do corpo, evitando ou corrigindo a hipoxemia (Varão, et al., 2022).

Dispositivo respiratório: Instrumento simples utilizado para melhorar a expansão pulmonar, promover ou fortalecer a higiene brônquica e obter fortalecimento dos músculos ventilatórios (Badaró, 2017).

**009 – Incentivar para técnica de relaxamento;** (Intervenção referenciada no Foco: E02 Dispneia - 009);

Incentivar: Promoção de algo. Estimular o interesse de alguém por uma atividade (CIPE, 2019).

Técnica de relaxamento: Técnica que promove a contração e relaxamento muscular, por exemplo a respiração diafragmática (Willhelm et al., 2015).

**010 – Incentivar para técnica respiratória;** (Intervenção referenciada no Foco: E02 Dispneia - 008);

Incentivar: Promoção de algo. Estimular o interesse de alguém por uma atividade (CIPE, 2019).

Técnica respiratória: Técnica respiratória ou da tosse (CIPE, 2019).

**011 – Instruir sobre técnica de relaxamento;** (Intervenção referenciada no Foco: E02 Dispneia - 013);

Instruir: Ensinar, sistematizar informação a alguém sobre como fazer alguma coisa (CIPE, 2019).

Técnica de relaxamento: Técnica que promove a contração e relaxamento muscular, por exemplo a respiração diafragmática (Willhelm et al., 2015).

**012 – Instruir sobre técnica respiratória;** (Intervenção referenciada no Foco: E02 Dispneia - 014 e no Foco: E015 Limpeza VA - 034);

Instruir: Ensinar, sistematizar informação a alguém sobre como fazer alguma coisa (CIPE, 2019).

Técnica respiratória: Técnica respiratória ou da tosse (CIPE, 2019).

**013 – Monitorizar perfusão dos tecidos (saturação periférica de O<sub>2</sub>);** (Intervenção referenciada no Foco: E02 Dispneia - 015);

Monitorizar: Determinar, contar em ocasiões repetidas ou regulares, alguma coisa ou alguém (CIPE, 2019).

Perfusão dos tecidos: Processo vascular que envolve o movimento do sangue pelos tecidos periféricos para fornecimento de oxigénio, líquidos e nutrientes nas células do corpo, associado à temperatura e cor da pele, diminuição do pulso arterial, cicatrização das feridas e crescimento dos pêlos, alteração na pressão sanguínea arterial (CIPE, 2019).

**016 – Treinar técnica de relaxamento;** (Intervenção referenciada no Foco: E02 Dispneia - 022);

Treinar: Instruir, desenvolver o funcionamento de algo ou as capacidades de alguém (CIPE, 2019).

Técnica de relaxamento: Técnica que promove a contração e relaxamento muscular, por exemplo a respiração diafragmática (Willhelm et al., 2015).

**017 – Treinar técnica respiratória;** (Intervenção referenciada no Foco: E02 Dispneia 023 e no Foco: E015 Limpeza das VA - 049);

Treinar: Instruir, desenvolver o funcionamento de algo ou as capacidades de alguém (CIPE, 2019).

Técnica respiratória: Técnica respiratória ou da tosse (CIPE, 2019).

**018 – Validar conhecimentos;** (Intervenção referenciada no Foco: E15 Limpeza das VA - 050);

Validar: Observar, estabelecer a exatidão, qualidade ou o estado de alguma coisa (CIPE, 2019).

Conhecimento: Status, conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação aprendida ou competência; conhecimento e reconhecimento da informação (CIPE, 2019).

**019 – Vigiar perfusão dos tecidos;**

Vigiar: Monitorizar, averiguar minuciosamente de forma constante alguém ou alguma coisa ao longo do tempo (CIPE, 2019).

Perfusão dos tecidos: Processo vascular que envolve o movimento do sangue pelos tecidos periféricos para fornecimento de oxigénio, líquidos e nutrientes nas células do corpo, associado à temperatura e cor da pele, diminuição do pulso arterial, cicatrização das feridas e crescimento dos pêlos, alteração na pressão sanguínea arterial (CIPE, 2019).

**020 – Vigiar ventilação;** (Intervenção referenciada no Foco: E15 Limpeza das VA – 054);

Vigiar: Monitorizar, averiguar minuciosamente de forma constante alguém ou alguma coisa ao longo do tempo (CIPE, 2019).

Ventilação: Processo do sistema respiratório: entrada e saída de ar dos pulmões, com determinada frequência, ritmo, profundidade inspiratória e força expiratória (CIPE, 2019).

## **E23 - Alimentar-se (Alimentar)**

Alimentar: Executar, dar comida ou bebida a alguém (CIPE, 2019).

**001 - Adequar refeição;**

Adequar: Controlar, ajustar algo de forma a obter o efeito desejado (CIPE, 2019).

Refeição: Quantidade de alimentos oferecida ao cliente (CIPE, 2019).

**005 - Alimentar cliente;**

Alimentar: Executar, dar comida ou bebida a alguém (CIPE, 2019).

Cliente: Indivíduo (CIPE,2019).

**007 - Assistir no alimentar-se;**

Assistir: Fazer parte da técnica, apoiar (CIPE,2019).

Alimentar-se: Alimentar (CIPE,2019).

**008 - Assistir o uso de dispositivos de alimentação (ex: rebordo do prato, engrossador de cabo, bolsa palmar);**

Assistir: Fazer parte da técnica, apoiar (CIPE,2019).

Dispositivo (Equipamento e provisões): Equipamentos consumíveis e não consumíveis, suprimentos, aparelhos e instrumentos que são utilizados em procedimentos diagnósticos, cirúrgicos, terapêuticos, científicos e experimentais (DeCS/MeSH, 2017).

Alimentação (Dieta): Método regular de ingestão de comida e bebida adotado por uma pessoa (DeCS/MeSH, 2017).

**009 - Avaliar aprendizagem cognitiva no alimentar-se;**

Avaliar: Estimar a dimensão, qualidade ou significado de alguma coisa (CIPE,2019).

Aprendizagem cognitiva: Adquirir conhecimento por meio do pensamento consciente e da inteligência (CIPE,2019).

Alimentar-se: Alimentar (CIPE,2019).

**010 - Avaliar a aprendizagem de capacidades no alimentar-se;**

Avaliar: Estimar a dimensão, qualidade ou significado de alguma coisa (CIPE,2019).

Aprendizagem de capacidades: Desenvolver competências práticas por meio de treino, prática e exercício (CIPE,2019).

Alimentar-se: Alimentar (CIPE,2019).

**013 - Ensinar como posicionar (estrutura/ posição corporal);**

Ensinar: Informar, dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde (CIPE,2019).

Posicionar: Executar, colocar algo ou alguém em determinada posição (CIPE,2019).

**014 - Ensinar sobre dispositivos de alimentação (ex: rebordo do prato, engrossador de cabo, bolsa palmar);**

Ensinar: Informar, dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde (CIPE,2019).

Dispositivo (Equipamento e provisões): Equipamentos consumíveis e não consumíveis, suprimentos, aparelhos e instrumentos que são utilizados em procedimentos diagnósticos, cirúrgicos, terapêuticos, científicos e experimentais (DeCS/MeSH, 2017).

Alimentação (Dieta): Método regular de ingestão de comida e bebida adotado por uma pessoa (DeCS/MeSH, 2017).

### **018 - Ensinar sobre técnica de alimentação;**

Ensinar: Informar, dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde (CIPE,2019).

Técnica (Método): Conjunto de etapas, conhecimentos científicos executados para realizar uma investigação, obter um dado resultado (DeCS/MeSH, 2017).

Alimentação (Dieta): Método regular de ingestão de comida e bebida adotado por uma pessoa (DeCS/MeSH, 2017).

### **020 - Ensinar sobre técnica de alimentação com dispositivos de alimentação (ex: rebordo do prato, engrossador de cabo, bolsa palmar);**

Ensinar: Informar, dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde (CIPE,2019).

Técnica (Método): Conjunto de etapas, conhecimentos científicos executados para realizar uma investigação, obter um dado resultado (DeCS/MeSH, 2017).

Dispositivo (Equipamento e provisões): Equipamentos consumíveis e não consumíveis, suprimentos, aparelhos e instrumentos que são utilizados em procedimentos diagnósticos, cirúrgicos, terapêuticos, científicos e experimentais (DeCS/MeSH, 2017).

Alimentação (Dieta): Método regular de ingestão de comida e bebida adotado por uma pessoa (DeCS/MeSH, 2017).

### **021 - Ensinar recursos de adaptação (ex: domicílio - localização);**

Ensinar: Informar, dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde (CIPE,2019).

Recursos (Recursos em Saúde): Equipamentos e materiais disponíveis para fornecer os serviços de saúde necessários (DeCS/MeSH, 2017).

Adaptação: Confronto com novas situações (CIPE, 2019)

**022 - Incentivar a manter autonomia na ingestão de líquidos;**

Incentivar: Promoção de algo. Estimular o interesse de alguém por uma atividade (CIPE,2019).

Autonomia: Direito do cliente, status de auto governação e auto-orientação (CIPE,2019).

Ingestão de líquidos: Ingestão de nutrientes líquidos ou água para normal funcionamento do corpo (CIPE, 2019).

**023 - Incentivar a manter autonomia no alimentar-se;**

Incentivar: Promoção de algo. Estimular o interesse de alguém por uma atividade (CIPE,2019).

Autonomia: Direito do cliente, status de auto governação e auto-orientação (CIPE,2019).

Alimentar-se: Alimentar (CIPE,2019).

**028 - Instruir como posicionar (estrutura/posição corporal);**

Instruir: Ensinar, sistematizar informação a alguém sobre como fazer alguma coisa (CIPE,2019).

Posicionar: Executar, colocar algo ou alguém em determinada posição (CIPE,2019).

**029 - Instruir sobre dispositivos de alimentação (ex: rebordo do prato, engrossador de cabo, bolsa palmar);**

Instruir: Ensinar, sistematizar informação a alguém sobre como fazer alguma coisa (CIPE,2019).

Dispositivo (Equipamento e provisões): Equipamentos consumíveis e não consumíveis, suprimentos, aparelhos e instrumentos que são utilizados em procedimentos diagnósticos, cirúrgicos, terapêuticos, científicos e experimentais (DeCS/MeSH, 2017).

Alimentação (Dieta): Método regular de ingestão de comida e bebida adotado por uma pessoa (DeCS/MeSH, 2017).



### **030 - Instruir sobre a ingestão de líquidos;**

Instruir: Ensinar, sistematizar informação a alguém sobre como fazer alguma coisa (CIPE, 2019).

Ingestão de líquidos: Ingestão de nutrientes líquidos ou água para o normal funcionamento do corpo (CIPE, 2019).

### **033 - Instruir sobre técnica de alimentação;**

Instruir: Ensinar, sistematizar informação a alguém sobre como fazer alguma coisa (CIPE, 2019).

Técnica (Método): Conjunto de etapas, conhecimentos científicos executados para realizar uma investigação, obter um dado resultado (DeCS/MeSH, 2017).

Alimentação (Dieta): Método regular de ingestão de comida e bebida adotado por uma pessoa (DeCS/MeSH, 2017).

### **035 - Promover autonomia a alimentar-se;**

Promover: Colaborar com alguém a iniciar ou a progredir com algo (CIPE, 2019).

Autonomia: Direito do cliente, status de auto governação e auto-orientação (CIPE, 2019).

Alimentar-se: Alimentar (CIPE, 2019).

### **037 - Providenciar espessante;**

Providenciar: Arranjar algo ou alguma coisa para alguém (CIPE, 2019).

Espessante (Espessantes): Substância capaz de aumentar a viscosidade de soluções, emulsões e suspensões em alimentos (DeCS/MeSH, 2017).

### **040 - Supervisionar ingestão de alimentos;**

Supervisionar: Monitorizar, inspecionar o progresso de alguém ou alguma coisa (CIPE, 2019).

Ingestão de alimentos: Ingestão de nutrientes como proteínas, vitaminas, para o normal funcionamento do corpo (CIPE, 2019).

#### **041 - Supervisionar ingestão de líquidos;**

Supervisionar: Monitorizar, inspecionar o progresso de alguém ou alguma coisa (CIPE, 2019).

Ingestão de líquidos: Ingestão de nutrientes líquidos ou água para o normal funcionamento do corpo (CIPE, 2019).

#### **043 - Supervisionar posicionar-se (estrutura/posição corporal);**

Supervisionar: Monitorizar, inspecionar o progresso de alguém ou alguma coisa (CIPE, 2019).

Posicionar: Executar, colocar algo ou alguém em determinada posição (CIPE, 2019).

#### **044 - Supervisionar técnica de alimentação;**

Supervisionar: Monitorizar, inspecionar o progresso de alguém ou alguma coisa (CIPE, 2019).

Técnica (Método): Conjunto de etapas, conhecimentos científicos executados para realizar uma investigação, obter um dado resultado (DeCS/MeSH, 2017).

Alimentação (Dieta): Método regular de ingestão de comida e bebida adotado por uma pessoa (DeCS/MeSH, 2017).

#### **046 - Supervisionar técnica de alimentação com dispositivos de alimentação (ex: rebordo do prato, engrossador de cabo, bolsa palmar);**

Supervisionar: Monitorizar, inspecionar o progresso de alguém ou alguma coisa (CIPE, 2019).

Técnica (Método): Conjunto de etapas, conhecimentos científicos executados para realizar uma investigação, obter um dado resultado (DeCS/MeSH, 2017).

Dispositivo (Equipamento e provisões): Equipamentos consumíveis e não consumíveis, suprimentos, aparelhos e instrumentos que são utilizados em procedimentos diagnósticos, cirúrgicos, terapêuticos, científicos e experimentais (DeCS/MeSH, 2017).

Alimentação (Dieta): Método regular de ingestão de comida e bebida adotado por uma pessoa (DeCS/MeSH, 2017).

**048 - Treinar como posicionar (estrutura/posição corporal);**

Treinar: Instruir, desenvolver o funcionamento de algo ou as capacidades de alguém (CIPE, 2019).

Posicionar: Executar, colocar algo ou alguém em determinada posição (CIPE, 2019).

**049 - Treinar sobre ingestão de líquidos;**

Treinar: Instruir, desenvolver o funcionamento de algo ou as capacidades de alguém (CIPE, 2019).

Ingestão de líquidos: Ingestão de nutrientes líquidos ou água para o normal funcionamento do corpo (CIPE, 2019).

**050 - Treinar sobre técnica de alimentação;**

Treinar: Instruir, desenvolver o funcionamento de algo ou as capacidades de alguém (CIPE, 2019).

Técnica (Método): Conjunto de etapas, conhecimentos científicos executados para realizar uma investigação, obter um dado resultado (DeCS/MeSH, 2017).

Alimentação (Dieta): Método regular de ingestão de comida e bebida adotado por uma pessoa (DeCS/MeSH, 2017).

**052 - Treinar sobre dispositivos de alimentação (ex: rebordo do prato, engrossador de cabo, bolsa palmar);**

Treinar: Instruir, desenvolver o funcionamento de algo ou as capacidades de alguém (CIPE, 2019).

Dispositivo (Equipamento e provisões): Equipamentos consumíveis e não consumíveis, suprimentos, aparelhos e instrumentos que são utilizados em procedimentos diagnósticos, cirúrgicos, terapêuticos, científicos e experimentais (DeCS/MeSH, 2017).

Alimentação (Dieta): Método regular de ingestão de comida e bebida adotado por uma pessoa (DeCS/MeSH, 2017).

**056 - Validar conhecimentos sobre a ingestão de líquidos;**

Validar: Adquirir com exatidão alguma coisa (CIPE, 2019).

Conhecimento: Informação concreta do pensamento, baseada na sabedoria ou competência adquirida; reconhecimento de conteúdos (CIPE, 2019).

Ingestão de líquidos: Ingestão de nutrientes líquidos ou água para o normal funcionamento do corpo (CIPE, 2019).

**061 - Vigiar a ingestão de alimentos;**

Vigiar: Monitorizar, averiguar minuciosamente de forma constante alguém ou alguma coisa ao longo do tempo (CIPE, 2019).

Ingestão de alimentos: Ingestão de nutrientes como proteínas, vitaminas, para o normal funcionamento do corpo (CIPE, 2019).

**062 - Vigiar a ingestão de líquidos;**

Vigiar: Monitorizar, averiguar minuciosamente de forma constante alguém ou alguma coisa ao longo do tempo (CIPE, 2019).

Ingestão de líquidos: Ingestão de nutrientes líquidos ou água para o normal funcionamento do corpo (CIPE, 2019).

## **E28 – Mobilidade (Movimento corporal)**

Processo do sistema musculoesquelético: movimentos voluntários ou involuntários dos músculos e articulações do corpo (CIPE, 2019).

**001 - Assistir técnica de exercício muscular ou articular;**

Assistir: Fazer parte da técnica, apoiar (CIPE, 2019).

Técnica de exercício (Terapia de exercício): Regime ou plano de atividades físicas concebido e prescrito para alcançar objetivos terapêuticos específicos, com o objetivo de restaurar a função musculoesquelética normal ou reduzir dores causadas por doenças ou lesões (DeCS/MeSH, 2017).

Muscular (Músculos): Tecidos contráteis que produzem movimentos no corpo (DeCS/MeSH, 2017).

Articular (Articulações): Segmentos que ligam os ossos (DeCS/MeSH, 2017).

**002 - Assistir no posicionar (ex. cama);**

Assistir: Fazer parte da técnica, apoiar (CIPE, 2019).

Posicionar: Executar, colocar algo ou alguém em determinada posição (CIPE, 2019).

**003 - Assistir técnica de movimento articular ativo;**

Assistir: Fazer parte da técnica, apoiar (CIPE, 2019).

Técnica (Método): Conjunto de etapas, conhecimentos científicos executados para realizar uma investigação, obter um dado resultado (DeCS/MeSH, 2017).

Movimento articular ativo: Movimento realizado pelo próprio ou com assistência (CIPE, 2019).

**004 - Avaliar aprendizagem cognitiva;**

Avaliar: Estimar a dimensão, excelência ou significado de alguma coisa (CIPE, 2019).

Aprendizagem cognitiva: Adquirir conhecimento por meio do pensamento consciente e da inteligência (CIPE, 2019).

**005 - Avaliar aprendizagem de capacidades;**

Avaliar: Estimar a dimensão, excelência ou significado de alguma coisa (CIPE, 2019).

Aprendizagem de capacidades: Desenvolver competências práticas por meio de treino, prática e exercício (CIPE, 2019).

**006 - Ensinar sobre complicação(ões) da mobilidade diminuída (mobilidade comprometida);**

Ensinar: Informar, dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde (CIPE, 2019).

Mobilidade comprometida: Comprometimento da capacidade para se mobilizar (CIPE, 2019).

**007 - Ensinar sobre coordenação motora comprometida (ex. ataxia);**

Ensinar: Informar, dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde (CIPE, 2019).

Coordenação Motora Comprometida (Ataxia): Dificuldade na capacidade de desempenhar movimentos voluntários coordenados (DeCS/MeSH, 2017).

**008 - Ensinar sobre técnica de exercício muscular ou articular;**

Ensinar: Informar, dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde (CIPE, 2019).

Técnica de exercício (Terapia de exercício): Regime ou plano de atividades físicas concebido e prescrito para alcançar objetivos terapêuticos específicos, com o objetivo de restaurar a função musculoesquelética normal ou reduzir dores causadas por doenças ou lesões (DeCS/MeSH, 2017).

Muscular (Músculos): Tecidos contráteis que produzem movimentos no corpo (DeCS/MeSH, 2017).

Articular (Articulações): Segmentos que ligam os ossos (DeCS/MeSH, 2017).

### **009 - Ensinar sobre técnica do posicionar (ex. cama);**

Ensinar: Informar, dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde (CIPE, 2019).

Técnica (Método): Conjunto de etapas, conhecimentos científicos executados para realizar uma investigação, obter um dado resultado (DeCS/MeSH, 2017).

Posicionar: Executar, colocar algo ou alguém em determinada posição (CIPE, 2019).

### **010 - Ensinar sobre técnica do movimento articular ativo;**

Ensinar: Informar, dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde (CIPE, 2019).

Movimento articular ativo: Movimento realizado pelo próprio ou com assistência (CIPE, 2019).

### **011 - Ensinar sobre técnica do movimento articular passivo;**

Ensinar: Informar, dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde (CIPE, 2019).

Técnica (Método): Conjunto de etapas, conhecimentos científicos executados para realizar uma investigação, obter um dado resultado (DeCS/MeSH, 2017).

Movimento articular passivo: Movimento realizado com assistência (CIPE, 2019).

### **012 - Executar técnica do movimento articular ativo;**

Executar: Ação, desempenho de tarefa técnica (CIPE, 2019).

Técnica (Método): Conjunto de etapas, conhecimentos científicos executados para realizar uma investigação, obter um dado resultado (DeCS/MeSH, 2017).

Movimento articular ativo: Movimento realizado pelo próprio ou com assistência (CIPE, 2019).

**013 - Executar técnica do movimento articular passivo;**

Executar: Ação, desempenho de tarefa técnica (CIPE, 2019).

Técnica (Método): Conjunto de etapas, conhecimentos científicos executados para realizar uma investigação, obter um dado resultado (DeCS/MeSH, 2017).

Movimento articular passivo: Movimento realizado com assistência (CIPE, 2019).

**014 - Incentivar mobilidade (Movimento corporal);**

Incentivar: Promoção de algo. Estimular o interesse de alguém por uma atividade (CIPE, 2019).

Movimento Corporal: Processo do sistema musculoesquelético- movimentos voluntários ou involuntários dos músculos e articulações do corpo (CIPE, 2019).

**015 - Instruir sobre técnica de exercício muscular ou articular;**

Instruir: ensinar, sistematizar informação a alguém sobre como fazer alguma coisa (CIPE, 2019).

Técnica de exercício (Terapia de exercício): Regime ou plano de atividades físicas concebido e prescrito para alcançar objetivos terapêuticos específicos, com o objetivo de restaurar a função musculoesquelética normal ou reduzir dores causadas por doenças ou lesões (DeCS/MeSH, 2017).

Muscular (Músculos): Tecidos contráteis que produzem movimentos no corpo (DeCS/MeSH, 2017).

Articular (Articulações): Segmentos que ligam os ossos (DeCS/MeSH, 2017).

**016 - Instruir sobre técnica de movimento articular ativo;**

Instruir: Ensinar, sistematizar informação a alguém sobre como fazer alguma coisa (CIPE, 2019).

Movimento articular ativo: Movimento realizado pelo próprio ou com assistência (CIPE, 2019).

**017 - Instruir sobre técnica de movimento articular passivo;**

Instruir: Ensinar, sistematizar informação a alguém sobre como fazer alguma coisa (CIPE, 2019).

Movimento articular passivo: Movimento realizado com assistência (CIPE, 2019).

**018 - Instruir sobre coordenação motora comprometida (ex. ataxia);**

Instruir: Ensinar, sistematizar informação a alguém sobre como fazer alguma coisa (CIPE, 2019).

Coordenação Motora Comprometida (Ataxia): Dificuldade na capacidade de desempenhar movimentos voluntários coordenados (DeCS/MeSH, 2017).

**019 - Monitorizar espasticidade (Escala - Ashworth modificada, presente na Avaliação Inicial);**

Monitorizar: Determinar, contar em ocasiões repetidas ou regulares, alguma coisa ou alguém (CIPE, 2019).

Espasticidade: Compromisso do sistema musculoesquelético, com aumento do tônus e rigidez muscular (CIPE, 2019).

**020 - Monitorizar movimento dos músculos (Escala - Medical Research Council presente na Avaliação Inicial);**

Monitorizar: Determinar, contar em ocasiões repetidas ou regulares, alguma coisa ou alguém (CIPE, 2019).

Movimento: Processo corporal (CIPE, 2019).

Músculo: Componente do sistema musculoesquelético (CIPE, 2019).

**021- Posicionar cliente na cama;**

Posicionar: Executar, colocar algo ou alguém em determinada posição (CIPE, 2019).

Cliente: Indivíduo (CIPE, 2019).

Cama: Dispositivo de suporte (CIPE, 2019).

**022 - Promover autonomia na mobilidade (movimento corporal);**

Promover: Colaborar com alguém a iniciar ou a progredir com algo (CIPE, 2019).

Autonomia: Direito do cliente, status de auto governação e auto-orientação (CIPE, 2019).

Movimento Corporal: Processo do sistema musculoesquelético- movimentos voluntários ou involuntários dos músculos e articulações do corpo (CIPE, 2019).

### **023 - Providenciar dispositivos de mobilização (ex tala pneumática);**

Providenciar: arranjar algo ou alguma coisa para alguém (CIPE, 2019).

Dispositivo (Equipamento e provisões): Equipamentos consumíveis e não consumíveis, suprimentos, aparelhos e instrumentos que são utilizados em procedimentos diagnósticos, cirúrgicos, terapêuticos, científicos e experimentais (DeCS/MeSH, 2017).

Mobilização (Movimento): Ação, processo, que consiste em mudar de um lugar ou posição (DeCS/MeSH, 2017).

### **024- Referir para médico (Informar);**

Referir (Referenciar): Encaminhar ou indicar uma pessoa a alguém ou a alguma coisa (CIPE, 2019).

Médico: Prestador de cuidados (CIPE, 2019).

### **025 - Supervisionar dispositivo de imobilização (tala punho dedos, pneumática);**

Supervisionar: Monitorizar, inspecionar o progresso de alguém ou alguma coisa (CIPE, 2019).

Dispositivo (Equipamento e provisões): Equipamentos consumíveis e não consumíveis, suprimentos, aparelhos e instrumentos que são utilizados em procedimentos diagnósticos, cirúrgicos, terapêuticos, científicos e experimentais (DeCS/MeSH, 2017).

Imobilização (Limitação da mobilidade): Dificuldade em mobilizar de um lado para o outro (DeCS/MeSH, 2017).

### **026 - Supervisionar movimento articular ativo;**

Supervisionar: Monitorizar, inspecionar o progresso de alguém ou alguma coisa (CIPE, 2019).

Movimento articular ativo: movimento realizado pelo próprio ou com assistência (CIPE, 2019).

**027 - Supervisionar movimento articular passivo;**

Supervisionar: Monitorizar, inspecionar o progresso de alguém ou alguma coisa (CIPE, 2019).

Movimento articular passivo: movimento realizado com assistência (CIPE, 2019).

**028 - Supervisionar técnica do posicionar (ex cama);**

Supervisionar: Monitorizar, inspecionar o progresso de alguém ou alguma coisa (CIPE, 2019).

Técnica (Método): Conjunto de etapas, conhecimentos científicos executados para realizar uma investigação, obter um dado resultado (DeCS/MeSH, 2017).

Posicionar: Executar, colocar algo ou alguém em determinada posição (CIPE, 2019).

**029 - Treinar coordenação motora;**

Treinar: Instruir, desenvolver o funcionamento de algo ou as capacidades de alguém (CIPE, 2019).

Coordenação motora: Capacidade de coordenar a ativação muscular na sequência de movimentos que preservam a postura (Cech & Martin, 2012).

**030 – Treinar técnica movimento articular ativo;**

Treinar: Instruir, desenvolver o funcionamento de algo ou as capacidades de alguém (CIPE, 2019).

Técnica (Método): Conjunto de etapas, conhecimentos científicos executados para realizar uma investigação, obter um dado resultado (DeCS/MeSH, 2017).

Movimento articular ativo: Movimento realizado pelo próprio ou com assistência (CIPE, 2019).

**033 – Vigiar rigidez articular;**

Vigiar: Monitorizar, averiguar minuciosamente de forma constante alguém ou alguma coisa ao longo do tempo (CIPE, 2019).

Rigidez articular: compromisso do sistema musculoesquelético, associado a ausência de movimentos passivos ou ativos, com encurtamento das fibras musculares, levando à limitação e incapacidade de movimento (CIPE, 2019).

### **034 – Vigiar técnica de movimento articular ativo;**

Vigiar: Monitorizar, averiguar minuciosamente de forma constante alguém ou alguma coisa ao longo do tempo (CIPE, 2019).

Técnica (Método): Conjunto de etapas, conhecimentos científicos executados para realizar uma investigação, obter um dado resultado (DeCS/MeSH, 2017).

Movimento articular ativo: Movimento realizado pelo próprio ou com assistência (CIPE, 2019).

## **E29- Transferir-se (Transferir)**

Transferir: Posicionar, ato de mover alguém ou alguma coisa de um lado para o outro (CIPE, 2019).

### **001 - Assistir no transferir-se (protocolo de transferência);**

Assistir: Fazer parte da técnica, apoiar (CIPE, 2019).

Transferir: Ato de mover alguém ou alguma coisa de um lado para o outro (CIPE, 2019).

### **002 - Ensinar sobre uso de dispositivo de transferência (tábua de transferência, disco de transferência, elevador de transferência);**

Ensinar: Informar, dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde (CIPE, 2019).

Dispositivo (Equipamento e provisões): Equipamentos consumíveis e não consumíveis, suprimentos, aparelhos e instrumentos que são utilizados em procedimentos diagnósticos, cirúrgicos, terapêuticos, científicos e experimentais (DeCS/MeSH, 2017).

Transferência: Padrão de movimento pelo qual se move uma pessoa de uma superfície para outra (OE, 2013).

### **003 - Ensinar sobre técnica de transferir-se;**

Ensinar: Informar, dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde (CIPE, 2019).

Técnica (Método): Conjunto de etapas, conhecimentos científicos executados para realizar uma investigação, obter um dado resultado (DeCS/MeSH, 2017).

Transferir: ato de mover alguém ou alguma coisa de um lado para o outro (CIPE, 2019).

**004 - Ensinar sobre uso de dispositivo de mobilização (canadianas, andarilho, tripé);**

Ensinar: Informar, dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde (CIPE, 2019).

Dispositivo (Equipamento e provisões): Equipamentos consumíveis e não consumíveis, suprimentos, aparelhos e instrumentos que são utilizados em procedimentos diagnósticos, cirúrgicos, terapêuticos, científicos e experimentais (DeCS/MeSH, 2017).

Mobilização (Movimento): Ação, processo, que consiste em mudar de um lugar ou posição (DeCS/MeSH, 2017).

**005 - Identificar recursos de adaptação (ex: domicílio-localização);**

Identificar: Estabelecer identidade a algo ou alguém (CIPE, 2019).

Adaptação: *Coping*, gerir novas situações (CIPE, 2019).

**006 - Incentivar a transferir-se;**

Incentivar: Promoção de algo. Estimular o interesse de alguém por uma atividade (CIPE, 2019).

Transferir: Ato de mover alguém ou alguma coisa de um lado para o outro (CIPE, 2019).

**007 - Instruir sobre técnica de transferência;**

Instruir: Ensinar, sistematizar informação a alguém sobre como fazer alguma coisa (CIPE, 2019).

Técnica (Método): Conjunto de etapas, conhecimentos científicos executados para realizar uma investigação, obter um dado resultado (DeCS/MeSH, 2017).

Transferência: Padrão de movimento pelo qual se move uma pessoa de uma superfície para outra (OE, 2013).

**008 - Instruir sobre uso de dispositivo de transferência (tábua de transferência, disco de transferência, elevador de transferência);**

Instruir: Ensinar, sistematizar informação a alguém sobre como fazer alguma coisa (CIPE, 2019).

Dispositivo (Equipamento e provisões): Equipamentos consumíveis e não consumíveis, suprimentos, aparelhos e instrumentos que são utilizados em procedimentos diagnósticos, cirúrgicos, terapêuticos, científicos e experimentais (DeCS/MeSH, 2017).

Transferência: Padrão de movimento pelo qual se move uma pessoa de uma superfície para outra (OE, 2013).

**009 - Instruir sobre uso de dispositivo de mobilização (ex. canadianas, andarrilho, tripé);**

Instruir: Ensinar, sistematizar informação a alguém sobre como fazer alguma coisa (CIPE, 2019).

Dispositivo: (Equipamento e provisões): Equipamentos consumíveis e não consumíveis, suprimentos, aparelhos e instrumentos que são utilizados em procedimentos diagnósticos, cirúrgicos, terapêuticos, científicos e experimentais (DeCS/MeSH, 2017).

Mobilização (Movimento): Ação, processo, que consiste em mudar de um lugar ou posição (DeCS/MeSH, 2017).

**010 – Providenciar dispositivo para transferir-se (tábua de transferência, disco de transferência, elevador de transferência);**

Providenciar: Arranjar algo ou alguma coisa para alguém (CIPE, 2019).

Dispositivo (Equipamento e provisões): Equipamentos consumíveis e não consumíveis, suprimentos, aparelhos e instrumentos que são utilizados em procedimentos diagnósticos, cirúrgicos, terapêuticos, científicos e experimentais (DeCS/MeSH, 2017).

Transferir: Ato de mover alguém ou alguma coisa de um lado para o outro (CIPE, 2019).

**011- Supervisionar-se transferir-se;**

Supervisionar: Monitorizar, inspecionar o progresso de alguém ou alguma coisa (CIPE, 2019).

Transferir: Ato de mover alguém ou alguma coisa de um lado para o outro (CIPE, 2019).

### **012 – Supervisionar técnica de transferência;**

Supervisionar: Monitorizar, inspecionar o progresso de alguém ou alguma coisa (CIPE, 2019).

Técnica (Método): Conjunto de etapas, conhecimentos científicos executados para realizar uma investigação, obter um dado resultado (DeCS/MeSH, 2017).

Transferência: Padrão de movimento pelo qual se move uma pessoa de uma superfície para outra (OE, 2013)

### **013 - Transferir cliente (tábua de transferência, disco de transferência, elevador de transferência);**

Transferir: Ato de mover alguém ou alguma coisa de um lado para o outro (CIPE, 2019).

Cliente: Indivíduo (CIPE, 2019).

### **014 - Treinar técnica de transferência;**

Treinar: Instruir, desenvolver o funcionamento de algo ou as capacidades de alguém (CIPE, 2019).

Técnica (Método): Conjunto de etapas, conhecimentos científicos executados para realizar uma investigação, obter um dado resultado (DeCS/MeSH, 2017).

Transferência: Padrão de movimento pelo qual se move uma pessoa de uma superfície para outra (OE, 2013)

### **015 - Treinar uso de dispositivo de transferência (tábua de transferência, disco de transferência, elevador de transferência);**

Treinar: Instruir, desenvolver o funcionamento de algo ou as capacidades de alguém (CIPE, 2019).

Dispositivo (Equipamento e provisões): Equipamentos consumíveis e não consumíveis, suprimentos, aparelhos e instrumentos que são utilizados em procedimentos diagnósticos, cirúrgicos, terapêuticos, científicos e experimentais (DeCS/MeSH, 2017).

Transferência: Padrão de movimento pelo qual se move uma pessoa de uma superfície para outra (OE, 2013).

**016 - Treinar uso de dispositivo de mobilização (canadianas, andarrilho, tripé);**

Treinar: Instruir, desenvolver o funcionamento de algo ou as capacidades de alguém (CIPE, 2019).

Dispositivo (Equipamento e provisões): Equipamentos consumíveis e não consumíveis, suprimentos, aparelhos e instrumentos que são utilizados em procedimentos diagnósticos, cirúrgicos, terapêuticos, científicos e experimentais (DeCS/MeSH, 2017).

Mobilização (Movimento): Ação, processo, que consiste em mudar de um lugar ou posição (DeCS/MeSH, 2017).

**E31 – Erguer-se**

Elevar: mover o corpo, modificando a posição para a vertical (CIPE, 2019).

**001 – Aprontar dispositivo(s) de suporte (ex: cama, CR verticalização, Standing Frame);**

Aprontar: Colocar de forma de ser utilizado (CIPE, 2019).

Dispositivo (Equipamento e provisões): Equipamentos consumíveis e não consumíveis, suprimentos, aparelhos e instrumentos que são utilizados em procedimentos diagnósticos, cirúrgicos, terapêuticos, científicos e experimentais (DeCS/MeSH, 2017).

Suporte (Suporte de carga): objeto projetado para suportar uma carga aplicada, dar apoio, sustento (DeCS/MeSH, 2017).

**003 - Assistir no erguer-se;**

Assistir: Fazer parte da técnica, apoiar (CIPE, 2019).

Elevar: Mover o corpo, modificando a posição para a vertical (CIPE, 2019).

**004 – Ensinar sobre técnica de erguer-se;**

Ensinar: Informar, dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde (CIPE, 2019).

Técnica (Método): Conjunto de etapas, conhecimentos científicos executados para realizar uma investigação, obter um dado resultado (DeCS/MeSH, 2017).

Elevar: Mover o corpo, modificando a posição para a vertical (CIPE, 2019).

**005 – Identificar recursos de adaptação (Plano Inclinado/ Standing Frame em casa ou instituição);**

Identificar: Estabelecer identidade a algo ou alguém (CIPE, 2019).

Recursos (Recursos em Saúde): Equipamentos e materiais disponíveis para fornecer os serviços de saúde necessários (DeCS/MeSH, 2017).

Adaptação: *Coping*, gerir novas situações (CIPE, 2019).

**006 – Incentivar a erguer-se;**

Incentivar: Promover, levar alguém a agir de uma maneira específica ou despertar o interesse de alguém por uma atividade (CIPE, 2019).

Elevar: Mover o corpo, modificando a posição para a vertical (CIPE, 2019).

**008 – Instruir sobre técnica de erguer-se;**

Instruir: Ensinar, sistematizar informação a alguém sobre como fazer alguma coisa (CIPE, 2019).

Técnica (Método): Conjunto de etapas, conhecimentos científicos executados para realizar uma investigação, obter um dado resultado (DeCS/MeSH, 2017).

Elevar: Mover o corpo, modificando a posição para a vertical (CIPE, 2019).

**010 – Promover autonomia de erguer-se;**

Promover: Colaborar com alguém a iniciar ou a progredir com algo (CIPE, 2019).

Autonomia: Direito do cliente, status de auto governação e auto-orientação (CIPE, 2019).

Elevar: Mover o corpo, modificando a posição para a vertical (CIPE, 2019).

**012 – Supervisionar técnica de erguer-se;**

Supervisionar: Monitorizar, inspecionar o progresso de alguém ou alguma coisa (CIPE, 2019).

Técnica (Método): Conjunto de etapas, conhecimentos científicos executados para realizar uma investigação, obter um dado resultado (DeCS/MeSH, 2017).

Elevar: Mover o corpo, modificando a posição para a vertical (CIPE, 2019).

**013 – Treinar técnica de erguer-se;**

Treinar: Instruir, desenvolver o funcionamento de algo ou as capacidades de alguém (CIPE, 2019).

Técnica (Método): Conjunto de etapas, conhecimentos científicos executados para realizar uma investigação, obter um dado resultado (DeCS/MeSH, 2017).

Elevar: Mover o corpo, modificando a posição para a vertical (CIPE, 2019).

**014 – Treinar uso de dispositivos de suporte (CR verticalização, SF);**

Treinar: Instruir, desenvolver o funcionamento de algo ou as capacidades de alguém (CIPE, 2019).

Dispositivo (Equipamento e provisões): Equipamentos consumíveis e não consumíveis, suprimentos, aparelhos e instrumentos que são utilizados em procedimentos diagnósticos, cirúrgicos, terapêuticos, científicos e experimentais (DeCS/MeSH, 2017).

Suporte (Suporte de carga): objeto projetado para suportar uma carga aplicada, dar apoio, sustento (DeCS/MeSH, 2017).

**015 – Elevar cliente;**

Elevar: Mover o corpo, modificando a posição para a vertical (CIPE, 2019).

Cliente: Indivíduo (CIPE, 2019).

**017 – Vigiar equilíbrio;**

Vigiar: Monitorizar, averiguar minuciosamente de forma constante alguém ou alguma coisa ao longo do tempo (CIPE, 2019).

Equilíbrio: Segurança do corpo e coordenação muscular, óssea e articular para a movimentação do corpo (CIPE, 2019).

**E32 – Mobilidade de cadeira de rodas (Escala de Berg presente na Avaliação Inicial)**

Mobilidade na cadeira de rodas: Capacidade para mobilizar o corpo (CIPE, 2019).



**001 – Assistir atividades terapêuticas (treino de equilíbrio, inclinação lateral do tronco, avião, *push-up*, flexão de tronco);**

Assistir: Fazer parte da técnica, apoiar (CIPE, 2019).

Atividades terapêuticas: Ações individuais ou em grupo que visam dar o máximo de autonomia, desempenho, satisfação e qualidade de vida ao utente (Dias et al., 2014).

**002 – Executar atividades terapêuticas (treino de equilíbrio, inclinação lateral do tronco, avião, *push-up*, flexão de tronco);**

Executar: Ação, desempenho de tarefa técnica (CIPE, 2019).

Atividades terapêuticas: Ações individuais ou em grupo que visam dar o máximo de autonomia, desempenho, satisfação e qualidade de vida ao utente (Dias et al., 2014).

**003 – Ensinar atividades terapêuticas (treino de equilíbrio, inclinação lateral do tronco, avião, *push-up*, flexão de tronco);**

Ensinar: Informar, dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde (CIPE, 2019).

Atividades terapêuticas: Ações individuais ou em grupo que visam dar o máximo de autonomia, desempenho, satisfação e qualidade de vida ao utente (Dias et al., 2014).

**004 – Instruir atividades terapêuticas (treino de equilíbrio, inclinação lateral do tronco, avião, *push-up*, flexão de tronco);**

Instruir: Ensinar, sistematizar informação a alguém sobre como fazer alguma coisa (CIPE, 2019).

Atividades terapêuticas: Ações individuais ou em grupo que visam dar o máximo de autonomia, desempenho, satisfação e qualidade de vida ao utente (Dias et al., 2014).

**005 – Providenciar espelho quadriculado;** (Intervenção referenciada no Foco: E33 Mobilidade na cama - 005);

Providenciar: Arranjar algo ou alguma coisa para alguém (CIPE, 2019).

**006 - Supervisionar atividades terapêuticas (treino de equilíbrio, inclinação lateral do tronco, avião, *push-up*, flexão de tronco);**

Supervisionar: Monitorizar, inspecionar o progresso de alguém ou alguma coisa (CIPE, 2019).



Atividades terapêuticas: Ações individuais ou em grupo que visam dar o máximo de autonomia, desempenho, satisfação e qualidade de vida ao utente (Dias et al., 2014).

**007 – Treinar atividades terapêuticas (treino de equilíbrio, inclinação lateral do tronco, avião, *push-up*, flexão de tronco);**

Treinar: Instruir, desenvolver o funcionamento de algo ou as capacidades de alguém (CIPE, 2019).

Atividades terapêuticas: Ações individuais ou em grupo que visam dar o máximo de autonomia, desempenho, satisfação e qualidade de vida ao utente (Dias et al., 2014).

**008 – Treinar coordenação motora;**

Treinar: Instruir, desenvolver o funcionamento de algo ou as capacidades de alguém (CIPE, 2019).

Coordenação motora: Capacidade de coordenar a ativação muscular na sequência de movimentos que preservam a postura (Cech & Martin, 2012).

## **E33 – Mobilidade na cama**

Capacidade para mobilizar o corpo na cama (CIPE, 2019).

**001 - Assistir atividades terapêuticas (técnica da ponte, rolar, treino de equilíbrio);**

Assistir: fazer parte da técnica, apoiar (CIPE, 2019).

Atividades terapêuticas: Ações individuais ou em grupo que visam dar o máximo de autonomia, desempenho, satisfação e qualidade de vida ao utente (Dias et al., 2014).

**002 - Executar atividades terapêuticas (técnica da ponte, rolar, treino de equilíbrio);**

Executar: ação, desempenho de tarefa técnica (CIPE, 2019).

Atividades terapêuticas: Ações individuais ou em grupo que visam dar o máximo de autonomia, desempenho, satisfação e qualidade de vida ao utente (Dias et al., 2014).

**003 - Ensinar atividades terapêuticas (técnica da ponte, rolar, treino de equilíbrio);**



Ensinar: Informar, dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde (CIPE, 2019).

Atividades terapêuticas: Ações individuais ou em grupo que visam dar o máximo de autonomia, desempenho, satisfação e qualidade de vida ao utente (Dias et al., 2014).

**004 - Instruir atividades terapêuticas (técnica da ponte, rolar, treino de equilíbrio);**

Instruir: Ensinar, sistematizar informação a alguém sobre como fazer alguma coisa (CIPE, 2019).

Atividades terapêuticas: Ações individuais ou em grupo que visam dar o máximo de autonomia, desempenho, satisfação e qualidade de vida ao utente (Dias et al., 2014).

**005 - Providenciar espelho quadriculado;**( Intervenção referenciada no Foco: E33 Mobilidade na cama - 005 e no Foco: E32 Mobilidade na cadeira de rodas - 005);

Providenciar: Arranjar algo ou alguma coisa para alguém (CIPE, 2019).

Espelho quadriculado: Espelho que permite a reeducação postural, onde existe um feedback visual oferecido pelas linhas da quadrícula (Branco et al., 2012; Cordeiro & Menoita, 2012).

**006 - Supervisionar atividades terapêuticas (técnica da ponte, rolar, treino de equilíbrio);**

Supervisionar: Monitorizar, inspecionar o progresso de alguém ou alguma coisa (CIPE, 2019).

Atividades terapêuticas: Ações individuais ou em grupo que visam dar o máximo de autonomia, desempenho, satisfação e qualidade de vida ao utente (Dias et al., 2014).

**007 - Treinar atividades terapêuticas (técnica da ponte, rolar, treino de equilíbrio);**

Treinar: Instruir, desenvolver o funcionamento de algo ou as capacidades de alguém (CIPE, 2019).

Atividades terapêuticas: Ações individuais ou em grupo que visam dar o máximo de autonomia, desempenho, satisfação e qualidade de vida ao utente (Dias et al., 2014).

Treinar: Instruir, desenvolver o funcionamento de algo ou as capacidades de alguém (CIPE, 2019).



Atividades terapêuticas: Ações individuais ou em grupo que visam dar o máximo de autonomia, desempenho, satisfação e qualidade de vida ao utente (Dias et al., 2014).

**008 - Treinar coordenação motora;** (Intervenção referenciada no Foco: E32 Mobilidade cadeira de rodas - 008);

Treinar: Instruir, desenvolver o funcionamento de algo ou as capacidades de alguém (CIPE, 2019).

Coordenação motora: Capacidade de coordenar a ativação muscular na sequência de movimentos que preservam a postura (Cech & Martin, 2012).

## **E36 - Conhecimento**

Status: Informação concreta do pensamento, baseada na sabedoria ou competência adquirida; reconhecimento de conteúdos (CIPE, 2019).

### **003 – Avaliar conhecimento;**

Avaliar: Estimar a dimensão, excelência ou significado de alguma coisa (CIPE, 2019).

Conhecimento: Informação concreta do pensamento, baseada na sabedoria ou competência adquirida; reconhecimento de conteúdos (CIPE, 2019).

### **005 – Elogiar força de vontade;**

Elogiar: Demonstrar admiração por alguém ou alguma coisa (CIPE, 2019).

Força de vontade: Desejo para manter ou abandonar ações, controlar impulsos (CIPE, 2019).

### **006 – Elogiar progressão na resposta psicológica;**

Elogiar: Demonstrar admiração por alguém ou alguma coisa (CIPE, 2019).

Progressão: Estado (CIPE, 2019).

Resposta psicológica: Processo psicológico (CIPE, 2019).

### **007 – Ensinar (cliente, família);**

Ensinar: Informar, dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde (CIPE, 2019).



**008 – Envolver (cliente, família);**

Envolver: Demonstrar interesse, disponibilidade para ajudar o outro (CIPE, 2019).

**014 – Instruir (cliente, família);**

Instruir: Ensinar, sistematizar informação a alguém sobre como fazer alguma coisa (CIPE, 2019).

**015 – Promover adesão no processo de aprendizagem;**

Promover: Colaborar com alguém a iniciar ou a progredir com algo (CIPE, 2019).

**016 – Treinar (cliente, família);**

Treinar: Instruir, desenvolver o funcionamento de algo ou as capacidades de alguém (CIPE, 2019).

## **E37 - Comunicação**

Comportamento interativo: Fornecer e receber informações com uso de linguagem verbal e não verbal, pessoalmente ou através de meios tecnológicos (CIPE, 2019).

**001 - Avaliar capacidade para a comunicação;**

Avaliar: Estimar a dimensão, excelência ou significado de alguma coisa (CIPE, 2019).

Capacidade (Aptidão): Aquisição de diversos tipos de conhecimentos ou habilidades gerais ou específicas (DeCS/MeSH, 2017).

Comunicação: Fornecer e receber informações com uso de linguagem verbal e não verbal, pessoalmente ou através de meios tecnológicos (CIPE, 2019).

**002 - Avaliar comunicação;**

Avaliar: Estimar a dimensão, excelência ou significado de alguma coisa (CIPE, 2019).

Comunicação: Fornecer e receber informações com uso de linguagem verbal e não verbal, pessoalmente ou através de meios tecnológicos (CIPE, 2019).

**006 - Escutar cliente;**

Escutar: Ouvir atentamente o outro (CIPE, 2019).

Cliente: Indivíduo (CIPE, 2019).



### **007 - Ensinar sobre dispositivo de comunicação;**

Instruir: Ensinar, sistematizar informação a alguém sobre como fazer alguma coisa (CIPE, 2019).

Dispositivo de comunicação: Aparelho projetado para fornecer e receber informações com uso de linguagem verbal e não verbal pessoalmente ou através de meios tecnológicos (CIPE, 2019).

### **010 - Identificar barreiras à comunicação;**

Identificar: Estabelecer identidade a algo ou alguém (CIPE, 2019).

Barreiras à comunicação: Rutura de pensamentos, mensagens ou informações (CIPE, 2019).

### **011 - Incentivar a comunicação;**

Incentivar: Promover, levar alguém a agir de uma maneira específica ou despertar o interesse de alguém por uma atividade (CIPE, 2019).

Comunicação: Fornecer e receber informações com uso de linguagem verbal e não verbal pessoalmente ou através de meios tecnológicos (CIPE, 2019).

### **013 - Incentivar socialização;**

Incentivar: Promover, levar alguém a agir de uma maneira específica ou despertar o interesse de alguém por uma atividade (CIPE, 2019).

Socialização: Comportamento que envolve interação, intercâmbio social mútuo, participar em atividades sociais (CIPE, 2019).

### **014 - Instruir sobre dispositivo de comunicação;**

Instruir: Ensinar, sistematizar informação a alguém sobre como fazer alguma coisa (CIPE, 2019).

Dispositivo de comunicação: Aparelho projetado para fornecer e receber informações com uso de linguagem verbal e não verbal pessoalmente ou através de meios tecnológicos (CIPE, 2019).

### **016 - Promover adaptação;**

Promover: Colaborar com alguém a iniciar ou a progredir com algo (CIPE, 2019).

Adaptação (Adaptação fisiológica) : Mudança biológica de um organismo em resposta a exigências do meio (DeCS/MeSH, 2017).

**017 - Promover aprendizagem de capacidades;**

Promover: Colaborar com alguém a iniciar ou a progredir com algo (CIPE, 2019).

Aprendizagem de capacidades: Desenvolvimento de habilidades através do treino, prática e exercício (CIPE, 2019).

**018 - Promover comunicação através de técnica de treino da fala;**

Promover: Colaborar com alguém a iniciar ou a progredir com algo (CIPE, 2019).

Comunicação: Fornecer e receber informações com uso de linguagem verbal e não verbal pessoalmente ou através de meios tecnológicos (CIPE, 2019).

Técnica (Método): Conjunto de etapas, conhecimentos científicos executados para realizar uma investigação, obter um dado resultado (DeCS/MeSH, 2017).

Treino da Fala: Técnica (CIPE, 2019).

**019 - Promover comunicação através de técnica de treino de memória;**

Promover: Colaborar com alguém a iniciar ou a progredir com algo (CIPE, 2019).

Comunicação: Fornecer e receber informações com uso de linguagem verbal e não verbal pessoalmente ou através de meios tecnológicos (CIPE, 2019).

Técnica (Método): Conjunto de etapas, conhecimentos científicos executados para realizar uma investigação, obter um dado resultado (DeCS/MeSH, 2017).

Treinar: Instruir, desenvolver o funcionamento de algo ou as capacidades de alguém (CIPE, 2019).

Memória: Processo psicológico de captura e retenção de pensamentos, sensações e experiências do passado na mente, permitindo que sejam lembrados e recuperados quando necessário (CIPE, 2019).

**020- Promover comunicação entre membro(s) da família;**

Promover: Colaborar com alguém a iniciar ou a progredir com algo (CIPE, 2019).

Comunicação: Fornecer e receber informações com uso de linguagem verbal e não verbal pessoalmente ou através de meios tecnológicos (CIPE, 2019).

Membro(s) da família: Indivíduo(s) (CIPE, 2019).

**021- Providenciar dispositivo de comunicação (Tabela de comunicação, símbolos, imagens);**

Providenciar: Arranjar algo ou alguma coisa para alguém (CIPE, 2019).

Dispositivo de comunicação: Aparelho projetado para fornecer e receber informações com uso de linguagem verbal e não verbal pessoalmente ou através de meios tecnológicos (CIPE, 2019).

**022 - Referir para serviço de saúde (Terapia da Fala);**

Referir (Referenciar): Encaminhar ou indicar uma pessoa a alguém ou a alguma coisa (CIPE, 2019)

Serviço de saúde: Instituição responsável por prevenir e tratar da doença, promover a saúde (CIPE, 2019).

**025 - Treinar sobre dispositivo de comunicação;**

Treinar: Instruir, desenvolver o funcionamento de algo ou as capacidades de alguém (CIPE, 2019).

Dispositivo de comunicação: Aparelho projetado para fornecer e receber informações com uso de linguagem verbal e não verbal pessoalmente ou através de meios tecnológicos (CIPE, 2019).

## **E38 - Confusão**

Pensamento distorcido por compromisso da memória, com desorientação em relação à pessoa, local ou tempo (CIPE, 2019).

**004 - Escutar cliente;** (Intervenção referenciada no Foco: E37 Comunicação - 006);

Escutar: ouvir atentamente o outro (CIPE, 2019).

Cliente: Indivíduo (CIPE, 2019).

**005 - Estabelecer ligação com o cliente;**

Estabelecer: Comunicação (CIPE, 2019).

Ligação: Vínculo (CIPE, 2019).

Cliente: Indivíduo (CIPE, 2019).

**006 - Executar técnica de treino de memória;**

Executar: Ação, desempenho de tarefa técnica (CIPE, 2019).

Técnica (Método): Conjunto de etapas, conhecimentos científicos executados para realizar uma investigação, obter um dado resultado (DeCS/MeSH, 2017).

Treinar: Instruir, desenvolver o funcionamento de algo ou as capacidades de alguém (CIPE, 2019).

Memória: Processo psicológico de captura e retenção de pensamentos, sensações e experiências do passado na mente, permitindo que sejam lembrados e recuperados quando necessário (CIPE, 2019).

**007 - Facilitar relacionamento com a família;**

Facilitar: Tornar algo mais fácil (CIPE, 2019).

Relacionamento: Estrutura psicossocial (CIPE, 2019).

Família: Grupo de pessoas ligadas por laços de consanguinidade e afinidade (CIPE, 2019).

**008 - Gerir contato (visitas);**

Gerir: Estar incumbido de realizar algo (CIPE, 2019).

Contato: Evento (CIPE, 2019).

**017 - Monitorizar consciência (Escala de Glasgow);**

Monitorizar: Determinar, contar em ocasiões repetidas ou regulares, alguma coisa ou alguém (CIPE, 2019).

Consciência: Resposta mental a estímulos que resultam de uma combinação de sentidos (CIPE, 2019).

**020 - Promover orientação;**

Promover: colaborar com alguém a iniciar ou a progredir com algo (CIPE, 2019).

Orientação: Demonstrar certeza da própria identidade e relação com o ambiente (ano, dia, mês, local) (CIPE, 2019).

**023 - Vigiar orientação;**

Vigiar: Monitorizar, averiguar minuciosamente de forma constante alguém ou alguma coisa ao longo do tempo (CIPE, 2019).

Orientação: Demonstrar certeza da própria identidade e relação com o ambiente (ano, dia, mês, local) (CIPE, 2019).

## CONCLUSÕES

O EEER tem um papel fundamental na melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados aos utentes da UCCI .

Os focos e intervenções de enfermagem presentes no sistema informático *Sisbit*, não refletem todas as competências do EEER necessárias à prática clínica, o que se traduziu na necessidade de dar início ao desenvolvimento de um Resumo Mínimo de Dados para a enfermagem de reabilitação.

O desenvolvimento deste referencial fornece suporte de alta sensibilidade para a prática do EEER e destaca a responsabilidade intrínseca em liderar programas de Melhoria Contínua da Qualidade (Regulamento n.º 140/2019), permitindo a implementação de programas de reabilitação adequados às necessidades reais dos utentes, com vista à maximização da capacidade funcional, bem-estar e qualidade de vida

Embora o presente referencial não seja abrangente a todas as intervenções do EEER, é competência destes profissionais direcionar a sua prática no sentido do cuidado centrado na Pessoa, de acordo com as suas necessidades e tendo por base os princípios holísticos, assentando numa prática de cuidados diferenciados, aprofundando competências para o desempenho das funções, potenciando conhecimentos, capacidades e habilidades próprias aplicadas nos cuidados aos utentes.

Enquanto estudantes de EEER, consideramos que a elaboração deste referencial contribui para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEER, enriquecendo os conhecimentos teórico/práticos associados à prática clínica baseada em evidência científica. Permite uma evolução concetual do pensamento acerca das intervenções que o EEER deve ter em conta no planeamento de cuidados, mediante a tomada de decisão mais assertiva, recorrendo se necessário à consulta do referencial de enfermagem de reabilitação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, R., Lopes, A., Ornelas, C., Ferreira, R., Caiado, J., Mendes, A., & Pereira- Barbosa, M. (2017). Terapêutica Inalatória: Técnicas de Inalação e dispositivos inalatórios. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*, 25 (1): 09-26. [https://www.spaic.pt/client\\_files/rpia\\_artigos/teraputica-inalatria-tcnicas-de-inalao-e-dispositivos-inalatrios.pdf](https://www.spaic.pt/client_files/rpia_artigos/teraputica-inalatria-tcnicas-de-inalao-e-dispositivos-inalatrios.pdf)
- Badaró, F. (2017). *Dispositivos e Incentivadores Respiratórios*. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. <https://www.sbfa.org.br/portal2017/pdf/parecer-dispositivos-e-incentivadores-respiratorios-em-voz.pdf>
- Branco, P. S., Barata, S., Barbosa, J., Cantista, M., Lima, A. & Maia, J. (2012). *Temas de Reabilitação – Reabilitação Respiratória*. Porto: Medesign. <https://core.ac.uk/download/pdf/71736456.pdf>
- Cech, D., & Martin, S. (2012). Postura e Equilíbrio. In D. Cech & S. Martin (3.<sup>a</sup> Edição). *Desenvolvimento funcional do movimento ao longo da vida* (pp. 263-287). <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/motor-coordination>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2019). *Browser Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão 2019*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Cordeiro, M. & Menoita, E. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória – Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência
- Descritores em Ciências da Saúde. (2017). São Paulo: BIREME / OPAS / OMS. <http://decs.bvsalud.org>
- Madeira, M., Leite, H. & Rizzolo, R. (2016). Anatomia da Cavidade Oral. In Oriá, R. & Brito, G. Lima & Santos (1.<sup>a</sup> Edição), *Sistema Digestório: Integração básico-clínica* (pp. 25-60). Editora Edgard Blucher Ltda. <https://openaccess.blucher.com.br/article-list/sistema-digestorio-317/list#undefined>
- Meirelles, R. (2008). Exame da Cavidade Nasal e Tratamento Cirúrgico da Obstrução Nasal. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 7 (2): 24-29. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistahupe/article/view/9248/7140>
- Melo-Dias, C., Rosa, A., & Pinto, A. (2014). Atividades de ocupação terapêutica – intervenções de enfermagem estruturadas em reabilitação psicossocial. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (11), 15-23.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Referencial do Enfermeiro*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RNCCI%20-%20v.FINAL%20Referencial%20do%20Enfermeiro%20-%20Abril%202009.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à Pessoa com alterações da Mobilidade -Posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. - [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8897/gobp\\_mobilidade\\_vf\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8897/gobp_mobilidade_vf_site.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, Porto. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCFER\\_Assembleia/PadraoDocumental\\_EER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCFER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf)

Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II Série, n.º 26, 4744-4750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento nº392/2019 de 3 de maio. (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, II Série, nº85, 13565-13568. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>

Varão, J., Mota, L., Alencar, M., & Ribeiro, T. (2022). Procedimento/Rotina- Oxigenoterapia (versão 2). Universidade Federal do Tocantins- Hospital de Doenças Tropicais, Brasil. <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-norte/hdt-uft/aceso-a-informacao/gestao-documental/pop-procedimento-operacional-padrao/divisao-de-enfermagem-1/pop-019-denf-oxigenoterapia.pdf/view>

Willhelm, A., Andretta, I., & Ungaretti, M. (2015). Importância das técnicas de relaxamento na terapia cognitiva para ansiedade. *Contextos Clínicos*, 8(1), 79-86. <https://dx.doi.org/10.4013/ctc.2015.81.08>

APÊNDICE 4: SESSÃO DE FORMAÇÃO – PREVENÇÃO DAS  
LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS NOS PROFISSIONAIS DE  
SAÚDE



# Prevenção de Lesões Musculoesqueléticas nos Profissionais de Saúde

Boas Práticas de Enfermagem de Reabilitação

Destinatários: Auxiliares da Ação Médica

**Joana Teodoro**

Estudante de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, Escola Superior de Saúde Egas Moniz (ESSEM)



**Júlio Fernandes**

Professor Orientador do Estágio

## ÍNDICE

**01**

O que são as Lesões Musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERT)?

**02**

Como se manifestam as LMERT?

**03**

Quais são os fatores de risco das LMERT?

**04**

Que medidas adotar para prevenir as LMERT?

**05**

Programa de Ginástica Laboral

## Lesões Musculoesqueléticas relacionados com o trabalho- LMERT

### O que são ?

- Consideradas um dos **principais problemas** vivenciados pelos profissionais de saúde (Serranheira et al., 2012).
- Durante o exercício da profissão, são frequentemente sujeitos a riscos ergonómicos provocados por **más posturas** que adotam, o que exige **tempo de recuperação** e **repouso** que não são suficientes nem adequados (Mota et al., 2020; Serranheira et al., 2012).
- Principal causa de **ausência por doença**, **perda de produtividade** e **reforma por invalidez precoce** na Europa e Estados Unidos (Duarte & Lima, 2020).



## Durante o trabalho o meu corpo ressent-se?



**Queixa-se?**

**Implora por descanso?**

## Como se manifestam as LMERT?

- Através da **alteração de estruturas corporais** (músculos, articulações, tendões, ligamentos, nervos e ossos), causadas ou agravadas principalmente pelo trabalho e pelos efeitos do ambiente em que o trabalho é realizado.
- Surgem habitualmente ao final do dia de trabalho ou durante os picos de maior trabalho.
- Afetam sobretudo:
  - região cervical;
  - ombros;
  - membros superiores;
  - membros inferiores;
  - região lombar.



(Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2020)

## Quais são os fatores de risco das LMERT?

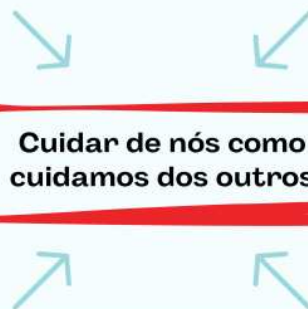
Físicos e Biomecânicos	Individuais	Organizacionais e Psicossociais
Movimentação de cargas (torção/flexão); Movimentos repetidos ou com esforço; Postura incorreta e estática; Ambiente com má iluminação.	Historial médico; Capacidade física; Estilo de vida e hábitos.	Longas horas de trabalho ou turnos; Insatisfação do profissional; Ausência de pausas ou de oportunidades para mudar de postura de trabalho; Elevadas exigências de trabalho.

(Kok et al., 2019)

## Que medidas adotar para prevenir as LMERT?

As LMERT em profissionais de saúde podem ser **evitadas** (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Devem-se aplicar os princípios da **Mecânica Corporal** e adotando **comportamentos preventivos** (Cardoso, 2019; Serranheira et al., 2012, Ordem dos Enfermeiros, 2019).



## Que medidas adotar para prevenir as LMERT?

A **Mecânica Corporal** define-se pela **coordenação de esforços** dos sistemas musculoesquelético e nervoso, para a utilização mais eficaz da energia muscular (Potter & Perry, 2006; Lemos, Teixeira, & Mota, 2009).

- **Postura** com mínimo de sobrecarga física;
- **Alinhamento Corporal** respeitando a anatomia e fisiologia;
- **Equilíbrio** corporal.

**Base de sustentação**



[https://www.ordemenfermeiros.pt/moda/BB97/aboe\\_mobildade\\_vf\\_sibe.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/moda/BB97/aboe_mobildade_vf_sibe.pdf)

**Linha de gravidade**



[https://www.ordemenfermeiros.pt/moda/BB97/aboe\\_mobildade\\_vf\\_si\\_sibe.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/moda/BB97/aboe_mobildade_vf_si_sibe.pdf)

## Que medidas adotar para prevenir as LMERT?

- Roupa confortável e larga, calçado fechado;
- Espaço físico suficiente- 2,5m livres desde o centro da cama;
- Piso com condições de segurança - não escorregadio, desnivelado, com obstáculos;
- Evitar levantar mais de 35% do seu peso corporal;
- Planear e repartir os movimentos, coordenar esforços com colegas;
- Sempre que disponível, utilizar transfer, elevadores, resguardos de transferência;
- Evitar movimentos de rotação e flexão da coluna, manter alinhamento corporal, pés na direção do movimento;
- Puxar, empurrar, deslizar ou girar em vez de elevar;
- Usar o próprio peso para facilitar o movimento;
- Ao levantar a pessoa ou objetos, colocá-los o mais próximo possível do corpo, membros superiores junto ao tronco;
- Não colocar objetos a alturas que impliquem estiramento para os alcançar.

(Ordem dos Enfermeiros, 2013)



## E Exercício físico?



## Alongamentos?

**Faço?**

## Programa de Ginástica Laboral

Consiste num **programa de exercícios** que pretendem preparar e compensar as estruturas musculares mais utilizadas no trabalho, com o foco na **prevenção e promoção da saúde, melhoria da postura**, percepção corporal e **diminuição das tensões musculares** (Lima, 2018; Kallas & Lima, 2019; Associação Brasileira de Ginástica Laboral, 2017; Lima, 2019).

### Vantagens:

- Redução de Lesões Musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERT);
- Diminuição de tensões musculares;
- Redução dos níveis de stress dos profissionais de saúde;
- Correção de posturas adotadas no local de trabalho;
- Redução dos níveis de ansiedade e a depressão;
- Fortalecimento da relação e união entre equipas de trabalho;
- Promoção de bem-estar físico e mental dos profissionais de saúde (Lima, 2018; Duarte & Lima, 2020; Farias et al., 2019).



## São horas da Ginástica Laboral

O que preciso de  
reter?



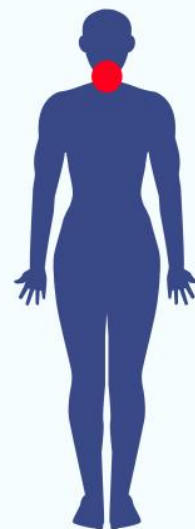
- Intensidade conforme tolerância;
- Duração entre 5-15 min;
- Realizadas antes, durante ou após o trabalho;
- Recurso a música (opcional);
- Sequência dos exercícios;
- Coordenados com a respiração;
- Séries de 5 repetições cada exercício;
- Ajustar à capacidade física, presença de dor;

## 1.º Aquecimento



Adaptado de Ribeiro et al., (2021); Rocha et al., (2019)

## Como fortalecer a região cervical ?



Adaptado de Ribeiro et al., (2021); Rocha et al., (2019)

## Como fortalecer ombros e membros superiores?



Adaptado de Ribeiro et al., (2021); Rocha et al., (2019)

## Como fortalecer ombros e membros superiores?



Adaptado de Ribeiro et al., (2021); Rocha et al., (2019)

## Como fortalecer membros inferiores?



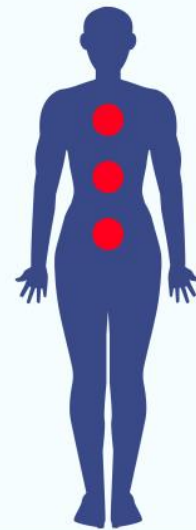
Adaptado de Ribeiro et al., (2021); Rocha et al., (2019)

## Como fortalecer membros inferiores?



Adaptado de Ribeiro et al., (2021); Rocha et al., (2019)

## Como fortalecer região dorsal/lombar?



Adaptado de Ribeiro et al., (2020); Rocha et al., (2019)

## Alongamentos



Adaptado de Ribeiro et al., (2021); Rocha et al., (2019)



**Obrigada pela vossa atenção!**



Cuidar de nós como  
cuidamos dos outros

Folheto Informativo  
sobre Prevenção de  
S.M.EET



Referências  
Bibliográficas



APÊNDICE 5: FOLHETO INFORMATIVO - PREVENÇÃO DE  
LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS NOS PROFISSIONAIS DE  
SAÚDE

### 3.º- FORTALECIMENTO DOS OMBROS E MEMBROS SUPERIORES



Afastar/juntar os braços na horizontal



Rodar os punhos para a direita/esquerda



Abrir/fechar as mãos



Inclinar as mãos para a direita/esquerda

### 4.º- FORTALECIMENTO DOS MEMBROS INFERIORES



Dobrar as pernas para a frente



Dobrar as pernas para trás



Afastar/juntar as pernas

### 4.º- FORTALECIMENTO DOS MEMBROS INFERIORES



Apolar-se sobre a ponta dos dedos dos pés e depois sobre os calcanhares



Esticar/empurrar o pé



Inclinar pé para a direita/esquerda

### 5.º- FORTALECIMENTO DA REGIÃO DORSAL/LOMBAR



Dobrar o tronco para a frente



Inclinar o tronco para a direita/esquerda

### 6.º- ALONGAMENTOS



Fletir a cabeça para a frente



Esticar os braços para cima, esticar uma perna e dobrar a outra



Esticar uma perna e dobrar a outra

Referências Bibliográficas

Referências Bibliográficas: Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). (2004). Normas de Apresentação de Trabalho Acadêmico: Como elaborar seu trabalho acadêmico. Brasília, DF: ABNT. Disponível em: <http://www.abnt.org.br/>



## PREVENÇÃO DE LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Boas Práticas de Enfermagem de Reabilitação



Cuidar de nós como cuidamos dos outros

Destinatários: Assistentes Operacionais da

Enfermeira Joana Teodoro  
Estudante de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, Escola Superior de Saúde Egas Moniz (ESSEM)

Enfermeiro Júlio Fernandes  
Professor Orientador do Estágio na UCC Palmela, ESSEM, EEEB

Outubro, 2023



## O QUE SÃO AS LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS RELACIONADAS COM O TRABALHO (LMERT)?



São consideradas um dos principais problemas vivenciados pelos profissionais de saúde, a principal causa de ausência por **doença, perda de produtividade** e reforma por **invalidez precoce** na Europa e Estados Unidos (Duarte & Lima, 2020; Serranheira et al., 2012).

## PROGRAMA DE GINÁSTICA LABORAL

Consiste num **programa de exercícios** que pretendem preparar e compensar as estruturas musculares mais utilizadas no trabalho, com o foco na **prevenção e promoção da saúde**, estímulo à rotina mais ativa, **melhoria da postura** e percepção corporal e diminuição das **tensões musculares** (Lima, 2018; Kallas & Lima, 2019; Associação Brasileira de Ginástica Laboral, 2017; Lima, 2019).

### Importante a reter:

- Intensidade conforme tolerância;
- Duração entre 5-15 min;
- Realizadas antes, durante ou após o trabalho;
- Recurso a música (opcional);
- Sequência dos exercícios;
- Coordenados com a respiração;
- Séries de 5 repetições cada exercício;
- Ajustar à capacidade física, presença de dor (Lima, 2018; Kallas & Lima, 2019; Associação Brasileira de Ginástica Laboral, 2017; Lima, 2019).



## 1.º- AQUECIMENTO DO CORPO



Rodar a cabeça



Rodar o ombro



Rodar o cotovelo



Rodar a cintura



Rodar os joelhos



Rodar os tornozelos



Esticar o tronco



Dobrar o tronco

## 2.º- FORTALECIMENTO DA REGIÃO CERVICAL



Rodar a cabeça para o lado direito/esquerdo



Inclinar a cabeça para o lado direito/esquerdo



Dobrar a cabeça para a frente/trás



Rodar a cabeça 360°

## 3.º- FORTALECIMENTO DOS OMBROS E MEMBROS SUPERIORES



Elevar e baixar os ombros



Dobrar e esticar os braços para a frente



Dobrar/esticar o cotovelo



EGAS MONIZ SCHOOL  
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
EGAS MONIZ

APÊNDICE 6: PÓSTER - PREVENÇÃO DE LESÕES  
MUSCULOSQUELÉTICAS NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE



# Prevenção de Lesões Musculoesqueléticas nos Profissionais de Saúde

## Boas Práticas de Enfermagem de Reabilitação

Joana Teodoro

Estudante de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, Escola Superior de Saúde Egas Moniz (ESSEM)

Cátia Gonçalves

Professor Orientador do Estágio na UCO Palmela, ESSEM, EESR

### O que são as lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERT)?

No âmbito da Saúde Ocupacional, são consideradas um dos **principais problemas vivenciados pelos** profissionais de saúde, particularmente dos enfermeiros, a classe profissional mais afetada pelas lesões musculoesqueléticas (Serranheira et al., 2012; Moura, Martins & Ribeiro, 2019).

### Como se manifestam as LMERT?

Segundo a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA, 2020), manifestam-se através de **dor, parestesias, sensação de peso, fadiga e diminuição da força** nas **estruturas corporais** (músculos, articulações, tendões, ligamentos, nervos e ossos), causados ou agravados pelo trabalho e pelos efeitos do ambiente em que o trabalho é realizado. Surgem habitualmente ao final do dia de trabalho ou durante os picos de trabalho. Afetam sobretudo:

- região cervical;
- região lombar;
- ombros;
- membros superiores;
- membros inferiores.

### Quais são os fatores de risco das LMERT?

Físicos e Biomecânicos	Individuais	Organizacionais e Psicossociais
Movimentação de cargas (torção/flexão); Movimentos repetidos ou com esforço; Postura incorreta e estática; Ambiente com má iluminação.	Histórico médico; Capacidade física; Estilo de vida e hábitos.	Longas horas de trabalho ou turnos; Insatisfação do profissional; Ausência de pausas ou de oportunidades para mudar de postura de trabalho; Elevadas exigências de trabalho.

Kirk et al., 2016



### Como se pode capacitar os profissionais de saúde?

As lesões musculoesqueléticas, em profissionais de saúde podem ser **evitadas** (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

É fundamental transmitir **conhecimento** sobre LMERT para a prevenção e correta gestão da saúde (Serranheira, Sousa-Uva & Leite, 2012).

O Enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação deve intervir na **prevenção**, minimização do impacto dos **riscos biomecânicos e psicossociais**, aplicando os princípios da **Mecânica Corporal** e adotando **comportamentos preventivos** (Cardoso, 2019; Serranheira et al., 2012; Ordem dos Enfermeiros, 2019).

### Princípios da Mecânica Corporal

A Mecânica Corporal define-se pela **coordenação de esforços** dos sistemas musculoesquelético e nervoso para possibilitar o desempenho das diversas atividades diárias, promovendo a utilização mais eficaz da energia muscular (Potter & Perry, 2006; Lemos, Teixeira, & Mota, 2009).

Para isso é fundamental existir:

- Postura;
- Alinhamento Corporal;
- Equilíbrio.

Ginástica Laboral

Ganhos em Saúde

- Reduz queixas musculoesqueléticas;
- Reduz absentismo;
- Aumenta a sensação de bem-estar físico;
- Aumenta disposição e motivação para o trabalho;
- Aumenta o conhecimento sobre mecânica corporal;
- Aumenta a interação e descontracção em equipa.

(Lima, 2018; Duarte & Lima, 2020; Farizo et al., 2016)

Referências Bibliográficas



Programa de Ginástica Laboral





EGAS MONIZ SCHOOL  
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
EGAS MONIZ

APÊNDICE 7: PÓSTER - PROGRAMA DE GINÁSTICA  
LABORAL



# Prevenção de Lesões Musculoesqueléticas nos Profissionais de Saúde

## Programa de Ginástica Laboral - "Reabilitar Quem Cuida"

UNIVERSIDADE DE COIMBRA | UNIDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE | ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE | ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM | ESCOLA SUPERIOR DE FISIOTERAPIA

Isabel Santos

Orientadora de Estágio na UCC Palmela, EESR

Júlio Fernandes

Professor Orientador de Estágio, ESSEM, EESR

### Ginástica Laboral (GL)

Consiste num **programa de exercícios** que pretendem preparar e compensar as estruturas musculares mais utilizadas no trabalho, com o foco na **prevenção e promoção da saúde**, estímulo à rotina mais ativa, **melhoria da postura** e percepção corporal e diminuição das tensões musculares (Lima, 2018; Kallas & Lima, 2019; Associação Brasileira de Ginástica Laboral, 2017; Lima, 2019).

As sessões devem apresentar:

- Intensidade leve;
- Duração entre 5-15 min;
- Realizadas antes, durante ou após o trabalho;
- Recurso a música;
- Sequência dos exercícios;
- Coordenados com a respiração;
- Séries de 5 repetições cada exercício.

### Benefícios da GL

A GL permite adquirir ganhos em saúde (Lima, 2018; Duarte & Lima, 2020; Farias et al., 2019), o que se traduz em:

- Redução de Lesões Musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERT);
- Diminuição de tensões musculares;
- Redução dos níveis de stress dos profissionais de saúde;
- Correção de posturas adotadas no local de trabalho;
- Redução dos níveis de ansiedade e a depressão;
- Fortalecimento da relação e união entre equipas de trabalho;
- Promoção de bem-estar físico e mental dos profissionais de saúde.

## Programa "Reabilitar Quem Cuida"



1 Rotar a cabeça para a direita e esquerda



2 Inclinar a cabeça para a direita e esquerda



3 Realizar flexão, extensão e hiperextensão da cabeça



4 Realizar elevação e dorsiflexão dos ombros



5 Entrelaçar os dedos e realizar a circundação do punho



6 Realizar extensão e flexão dos dedos



7 Ventar as palmas das mãos e inclinar para a direita e esquerda



8a Realizar extensão dos membros superiores para trás e entrelaçar os dedos



8b Realizar extensão dos membros superiores para cima e entrelaçar os dedos



9a Realizar extensão dos membros superiores para trás e entrelaçar os dedos



9b Realizar extensão dos membros superiores para cima e entrelaçar os dedos



10 Realizar extensão dos membros superiores para a frente, antebraço e coxa



11 Realizar extensão dos membros superiores para trás e inclinar para trás



12 Ficar lentamente a região do torso até estar confortável, membros inferiores em sentido



13 Realizar abdução e adução horizontalmente dos membros superiores



14 Ficar o tronco até as mãos tocarem nos dedos dos pés



15 Ficar um péto e manter o membro contralateral em extensão



16 Realizar apertamento, mantendo o tronco em extensão



17 Elevar os membros superiores e deixá-los cair, com flexão do tronco em direção ao solo



18 Circundação do tornozelo



19 Realizar apertamento, mantendo o tronco em extensão, tração em extensão apoiada no cósigo

Adaptado de Ribeiro, et al., (2021)

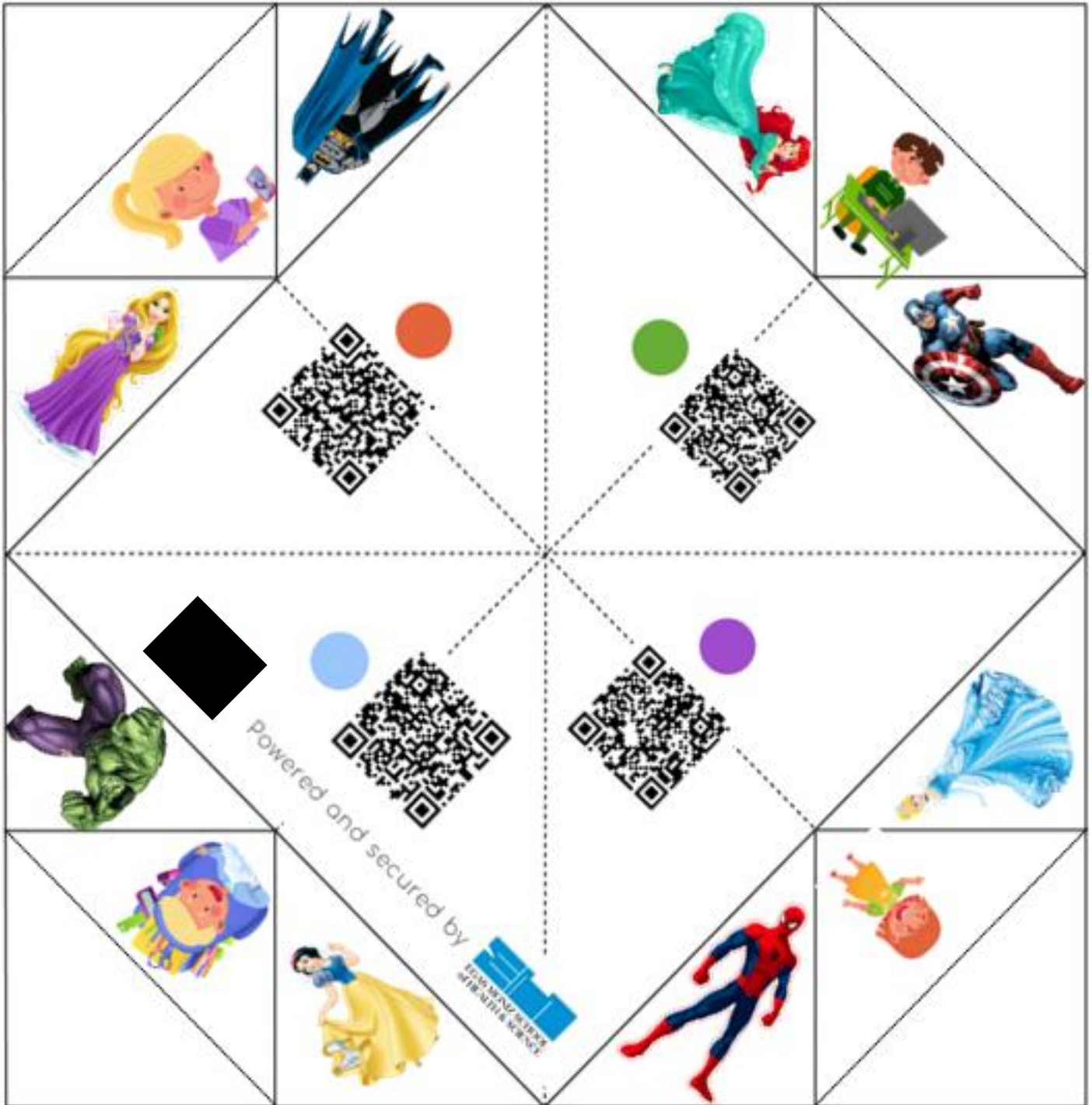
Referências Bibliográficas



Poster: Prevenção de Lesões Musculoesqueléticas



## APÊNDICE 8: JOGO QUANTOS QUERES





EGAS MONIZ SCHOOL  
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
EGAS MONIZ

## APÊNDICE 9: FOLHETOS INFORMATIVOS - O PESO DAS MOCHILAS E EDUCAÇÃO POSTURAL DAS CRIANÇAS

## ADEQUAR MOCHILA





**A MINHA MOCHILA PESA:**

**O MEU PESO:**

Durante o seu desenvolvimento, a criança passa por várias fases de crescimento e desenvolve:

EQUILIBRIO

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**

**10x**

A

**15x**

**DO PESO CORPORAL DA CRIANÇA**



**MOCHILAS PESADAS**

- ▲ Aumentam a inclinação da cabeça.
- ▲ Aumentam a má postura das costas.
- ▲ Aumentam o desconforto.

## 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




**90**



PARA MAIS INFORMAÇÕES CONSULTE: [BIT.LY/UCC](https://bit.ly/UCC)

Os pais desempenham um papel essencial na prevenção de lesões musculoesqueléticas. Na escolha de mochila recomendamos que tenha em atenção:



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 ACOLCHADAS
- ✓ UTILIZAÇÃO DE CACIFOS OU ARMÁRIOS
- ✓ COLOCAR MATERIAL PESADO JUNTO ÀS COSTAS.



PARA MAIS INFORMAÇÕES CONSULTE: [BIT.LY/UCC](https://bit.ly/UCC)

## POSTURA IDEAL AO COMPUTADOR



↑ QUANTO MAIS TEMPO EM FRENTE AO COMPUTADOR

↑ MAIOR RISCO DE PROBLEMAS MUSCULARES

AMBIENTE ILUMINADO

ALTURA DA CADEIRA

TECLADO E RATO ADEQUADOS

PÉS APOIADOS NO CHÃO



MONITOR AO NÍVEL DOS OLHOS

DISTÂNCIA DO MONITOR 50-70 CM

ALTURA DA MESA

FAZER PAUSAS REGULARES 20-30MINUTOS E EXERCÍCIOS DE ALONGAMENTOS A CADA 30 MIN



PARA MAIS INFORMAÇÕES CONSULTE: [BIT.LY/UCC](https://bit.ly/UCC)



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! 2 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: [BIT.LY/UCC](http://BIT.LY/UCC)

## 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"**.



0° = 6KG



30° = 18KG



60° = 27KG

**QUANTO MAIOR**

A INCLINAÇÃO DO PESCOÇO

**MAIOR**

PESO DA CABEÇA SOBRE AS COSTAS



EGAS MONIZ SCHOOL  
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
EGAS MONIZ

## APÊNDICE 10: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DO PROJETO DE REABILITAÇÃO EM ORTOPEDIA



SERVIÇO DE ORTOPEDIA B

# **FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA- A NECESSIDADE DE GINÁSIO NO SERVIÇO DE ORTOPEDIA**

Estudantes de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação:

Enf<sup>a</sup> Joana Teodoro e Enf<sup>a</sup> Júlia Saraiva.

Professores Orientadores: Gonçalo Rosa; Júlio Fernandes.

Orientadores Enf.(s) Especialistas em Enfermagem de  
Reabilitação:

Janeiro, 2023

A Fratura proximal do fémur é considerada uma das principais razões de incapacidade temporária ou permanente, para os adultos em alguma fase da sua vida (Riester et al., 2023).

A artroplastia total da anca surge como solução viável quando não existem melhorias de sintomas com a abordagem conservadora. Este procedimento cirúrgico é amplamente utilizado com grande sucesso no tratamento de doenças articulares, sejam elas degenerativas, inflamatórias ou traumáticas, promovendo a redução substancial da dor, recuperação da função dos membros, diminuição da incapacidade e melhoria da qualidade de vida (Enge Junior et al., 2020).

A promoção da saúde e a eficácia na gestão hospitalar são elementos cruciais para garantir uma abordagem eficaz dos cuidados de saúde. A capacidade de marcha emerge como um indicador vital, sendo considerado o sexto sinal vital funcional. Esta perspetiva destaca a importância não apenas de tratar as condições médicas, mas também de monitorizar a funcionalidade dos utentes. Os programas de reabilitação personalizados assumem um papel significativo como estratégia promotora do aumento da mobilidade durante o período de hospitalização, contribuindo não apenas para a recuperação clínica, mas também para a qualidade de vida dos utentes (Sousa et al., 2023).

O período de internamento exerce influência significativa na gestão hospitalar devido aos custos substanciais associados a cada episódio em várias especialidades. Além disso, é uma preocupação devido à ocorrência de eventos adversos, que colocam em risco a segurança dos utentes, incluindo reações adversas como infeções, quedas e outros problemas não vinculados ao diagnóstico principal (Nunes & Matos, 2018).

O tempo médio dos internamentos hospitalares é frequentemente empregue como um indicador de eficácia, uma vez que, em condições equivalentes e mantendo-se todas as variáveis constantes, uma permanência mais breve resultará numa redução dos custos por alta. Isso viabiliza a manutenção da continuidade dos cuidados ao utilizar configurações pós-agudas menos dispendiosas (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2022).

Um estudo realizado na Irlanda, em 2020, constatou que os utentes submetidos a artroplastia total da anca de segunda a quarta-feira, tinham um tempo médio de internamento de 3,02 dias enquanto que, se a cirurgia fosse realizada a uma quinta ou sexta-feira, o tempo médio de internamento aumentava para 3,86 dias para a cirurgia de quinta-feira e 3,94 dias para a cirurgia de sexta-feira. Com base nestes dados, conclui-se que o tempo de internamento é afetado pelo dia da semana em que a cirurgia é realizada,



estando a cirurgia no final da semana associada a um tempo de internamento mais longo, aumentando os custos para a instituição. Desta forma, o estudo sugere cuidados de reabilitação 7 dias por semana em vez do modelo existente de 6 dias por semana (Staunton et al., 2023).

No que toca à realidade existente no serviço de ortopedia do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca (HFF), os utentes são operados de 2.<sup>a</sup> a 6.<sup>a</sup> feira e excecionalmente ao sábado. Por norma, entre a 2.<sup>a</sup> e 5.<sup>a</sup> feira iniciam programa de reabilitação no dia seguinte à intervenção, e quando são intervencionados à 6.<sup>a</sup> feira e ao sábado, só iniciam o programa de reabilitação na 2.<sup>a</sup> feira. Isto significa que existe um atraso no processo de recuperação física, na capacitação funcional, bem como no treino de autocuidados que influenciam negativamente a previsão de alta em tempo reduzido, que consequentemente traduz-se num aumento de custos para a instituição. Faz todo o sentido assegurar os cuidados de reabilitação, 7 dias por semana no serviço de ortopedia do HFF, uma vez que se contribui para a recuperação física precoce e preparação da alta para domicílio, assegurando a redução do risco de readmissão hospitalar.

Em 2018, foi realizado um estudo na Hungria que envolveu 57 utentes submetidos a colocação de prótese total da anca, no qual 27 utentes realizaram reabilitação pré e pós-operatória (grupo de intervenção) e 30 utentes não realizaram qualquer tipo de reabilitação (grupo de controlo). A permanência hospitalar pós-operatória foi significativamente menor no grupo de intervenção do que no grupo de controlo. No grupo de intervenção, o número de dias de internamento após a cirurgia diminuiu, resultando numa redução de custos pós-operatórios de aproximadamente 26%. Os utentes que foram submetidos a um programa de reabilitação pré-operatória, conseguiram sair do hospital 7,5 dias antes, em média, no processo de reabilitação pós-operatória, em comparação aos utentes do grupo de controlo (Szilágyiné Lakatos et al., 2022).

No serviço de ortopedia do HFF também se poderão verificar ganhos em saúde evidentes, implementado programas de reabilitação no pré e pós-operatório e planeando cuidados mediante as necessidades individuais de cada utente, isto porque o aumento dos cuidados de reabilitação no pré e pós-operatório, estão diretamente associados a melhores resultados centrados no utente, incluindo a redução do risco de readmissões hospitalares (Rogers et al., 2017).

A elevada proporção de readmissões hospitalares pode ser atribuída à qualidade e quantidade dos cuidados hospitalares, incluindo os serviços de reabilitação (Kumar et al., 2023).



O estudo realizado nos Estados Unidos entre julho de 2016 e setembro de 2017, envolvendo 131.127 beneficiários adultos do Medicare, com fratura proximal do fémur (idade >66 anos), investigou a relação entre os serviços de reabilitação durante o internamento hospitalar e as readmissões hospitalares em 7 e 30 dias. Os resultados revelaram que mais de 99% dos pacientes receberam reabilitação no hospital, com apenas 1% (979 utentes) não tendo acesso a esse serviço. A média de idade foi de 82,9 anos, sendo 75,3% mulheres. Os utentes permaneceram, em média, 5,0 dias no hospital, com a maioria (85,5%) recebendo alta para instituições que asseguravam cuidados de reabilitação. A média de tempo de reabilitação diária foi de 30,0 minutos, variando de 8 a mais de 98,6 minutos. As taxas médias de readmissão em 7 e 30 dias foram de 3,1% e 9,5%, respetivamente, diminuindo gradualmente com mais tempo de reabilitação (dados não disponibilizados). A análise indicou uma relação monotónica, associando o aumento da reabilitação a menor proporção de readmissões em 7 e 30 dias. Após ajustes, os utentes com quantidade média e baixa de reabilitação tiveram aumento de 11% na probabilidade de readmissão aos 30 dias, e aqueles com quantidade baixa de reabilitação apresentaram um aumento de 20% em 7 dias. A reabilitação intensiva foi associada a menores taxas de readmissão (Kumar et al., 2023).

Os resultados do estudo destacam a importância de melhorar os cuidados de reabilitação para prevenir readmissões hospitalares em idosos com fraturas proximais do fémur. Ressalta-se a necessidade de priorizar os cuidados de reabilitação em ambiente hospitalar para otimizar os resultados centrados no utente, reduzindo os custos institucionais, uma vez que têm implicações cruciais para a prática clínica e sublinham a importância da reabilitação para melhorar o estado funcional e reduzir o risco de readmissões em utentes idosos com fratura proximal do fémur (Kumar et al., 2023).

A enfermagem de reabilitação desempenha um papel fundamental na recuperação geral da saúde física, psicológica, social e mental dos utentes internados, contribuindo de forma benéfica no pré e pós-operatório dos utentes (Valente et al., 2021).

A reabilitação física precoce e intensa é fundamental à recuperação da funcionalidade e redução da morbidade após fratura proximal do fémur, desempenha um papel muito importante na promoção das atividades diárias, na diminuição da dor, melhoria da amplitude de movimento (Coulter et al., 2013). O início do programa de reabilitação é recomendado no dia seguinte à cirurgia, através de uma abordagem multidisciplinar que permite reduzir os custos em saúde, envolve exercícios de resistência progressivos e treino de equilíbrio que permita o treino de marcha precoce, exercícios de sustentação de peso,

treino de atividades de vida diária, prevenção de complicações e o suporte nutricional (National Institute for Health and Care Excellence, 2011; Min et al., 2021).



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Coulter, C. L., Scarvell, J. M., Neeman, T. M., & Smith, P. N. (2013). Physiotherapist-directed rehabilitation exercises in the outpatient or home setting improve strength, gait speed and cadence after elective total hip replacement: a systematic review. *Journal of physiotherapy*, 59(4), 219–226. [https://doi.org/10.1016/S1836-9553\(13\)70198-X](https://doi.org/10.1016/S1836-9553(13)70198-X)
- Enge Júnior, D. J., Castro, A. D. A. E., Fonseca, E. K. U. N., Baptista, E., Padial, M. B., & Rosemberg, L. A. (2020). Main complications of hip arthroplasty: pictorial essay. *Radiologia brasileira*, 53(1), 56–62. <https://doi.org/10.1590/0100-3984.2018.0075>
- Kumar, A., Roy, I., Falvey, J., Rudolph, J. L., Rivera-Hernandez, M., Shaibi, S., Sood, P., Childers, C., & Karmarkar, A. (2023). Effect of Variation in Early Rehabilitation on Hospital Readmission After Hip Fracture. *Physical Therapy & Rehabilitation Journal*, 103(3): 1-10. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzac170>
- Lightfoot, C. J., Coole, C., Sehat, K., Brewin, C., & Drummond, A. (2022). Clinicians' experiences of discontinuing routine hip precautions following total hip replacement surgery: a qualitative analysis. *Disability and rehabilitation*, 44(16), 4227–4232. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1884759>
- Min, K., Beom, J., Kim, B. R., Lee, S. Y., Lee, G. J., Lee, J. H., Lee, S. Y., Won, S. J., Ahn, S., Bang, H. J., Cha, Y., Chang, M. C., Choi, J. Y., Do, J. G., Do, K. H., Han, J. Y., Jang, I. Y., Jin, Y., Kim, D. H., Kim, D. H., ... Lim, J. Y. (2021). Clinical Practice Guideline for Postoperative Rehabilitation in Older Patients With Hip Fractures. *Annals of rehabilitation medicine*, 45(3), 225–259. <https://doi.org/10.5535/arm.21110>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2011). Hip fracture: management (CG124). *Clinical Guideline*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg124/resources/hip-fracture-management-pdf-35109449902789>
- Nunes, A., & Matos, A. (2018). Internamentos hospitalares no SNS - tendências recentes. *Revista Ciências em Saúde*, 23, 12-17.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2022). Length of hospital stay (indicator). <https://data.oecd.org/healthcare/length-of-hospital-stay.htm>
- Riester, M. R., Beaudoin, F. L., Joshi, R., Hayes, K. N., Cupp, M. A., Berry, S. D., & Zullo, A. R. (2023). Evaluation of post-acute care and one-year outcomes among Medicare beneficiaries with hip fractures: a retrospective cohort study. *BMC medicine*, 21(1), 232. <https://doi.org/10.1186/s12916-023-02958-9>
- Rogers, A. T., Bai, G., Lavin, R. A., & Anderson, G. F. (2017). Higher Hospital Spending on Occupational Therapy Is Associated With Lower Readmission Rates. *Medical care research and review : MCRR*, 74(6), 668–686. <https://doi.org/10.1177/1077558716666981>
- Sousa, S., Valente, S., Lopes, M., Ribeiro, S., Abreu, N., & Alves, E. (2023). O impacto de programas de reabilitação da marcha no tempo de internamento hospitalar – Scoping Review. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 6(1), e313. <https://doi.org/10.33194/rper.2023.313>
- Staunton, P. F., Grant-Freemantle, M. C., Pomeroy, E., & Cashman, J. (2023). The Role of a Seven-Day Physiotherapy Service in Reducing Length of Stay and Improving Cost-Effectiveness in Arthroplasty Surgery. *Cureus*, 15(1), e33951. <https://doi.org/10.7759/cureus.33951>

Szilágyiné Lakatos, T., Lukács, B., & Veres-Balajti, I. (2022). Cost-Effective Healthcare in Rehabilitation: Physiotherapy for Total Endoprosthesis Surgeries from Prehabilitation to Function Restoration. *International journal of environmental research and public health*, 19(22), 15067. <https://doi.org/10.3390/ijerph192215067>

Valente, G., Taddei, F., Leardini, A., & Benedetti, M. G. (2021). Effects of hip abductor strengthening on musculoskeletal loading in hip dysplasia patients after total hip replacement. *Applied Sciences* 11(5), 1-11. <https://doi.org/10.3390/app11052123>



EGAS MONIZ SCHOOL  
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
EGAS MONIZ

APÊNDICE 11: NORMA DE PROCEDIMENTO HOSPITALAR -  
CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA  
COM EQUILÍBRIO CORPORAL COMPROMETIDO



[POL 0XXX OU NPG 1XXX OU NOC 2XXX]

SERVIÇO DE NEUROCIURGIA I

## NORMA DE PROCEDIMENTO

### NEUROC- [REDACTED]

#### CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM EQUILÍBRIO CORPORAL COMPROMETIDO

### APROVAÇÃO



<b>FINALIDADE</b>	Disponer de orientações para a conceção de um programa de reabilitação à pessoa com equilíbrio corporal comprometido, decorrente de lesão neurológica
<b>DESTINATÁRIOS</b>	Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação
<b>PALAVRAS-CHAVE</b>	Reabilitação, Equilíbrio corporal, Lesão Neurológica

HCO/MS/ENFERMIA/04/19

Autores	Estudantes EEER Enf (s) Joana Teodoro; Júlia Saraiva; Marlene Cavaco. Orientadores Enf.(s) Especialistas Reab [REDACTED]	2023.07.21
Verificação SGQ/CQS	Leonor Monteiro	
Aprovação	Leonor Monteiro	
Divulgação	Mail	
Versão	-	-



## ÍNDICE

---

SIGLAS .....	3
CONCEITOS .....	4
1. Equilíbrio Corporal .....	4
2. Equilíbrio Corporal segundo a Classificação Internacional para a prática de Enferma- gem(CIPE).....	4
3. Equilíbrio Corporal Comprometido .....	4
4. Avaliação do Equilíbrio Corporal .....	5
5. Programa de Reabilitação .....	5
DESCRIÇÃO .....	6
1. AVALIAÇÃO DO EQUILIBRIO CORPORAL ESTÁTICO E DINÂMICO .....	6
2. AVALIAÇÃO DO EQUILIBRIO CORPORAL- "ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG" .....	6
3. CONSTRUÇÃO DO PROGRAMA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO PARA A PESSOA COM DANOS NEUROLÓGICOS, COM EQUILÍBRIO CORPORAL COMPROMETIDO .....	7
4. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM EQUILÍBRIO COR- PORAL COMPROMETIDO .....	8
4.1. EXERCÍCIOS NO LEITO .....	9
4.2. EXERCÍCIOS NA POSIÇÃO SENTADO .....	11
4.3. EXERCÍCIOS EM POSIÇÃO ORTOSTÁTICA .....	14
4.4. EXERCÍCIOS DE REABILITAÇÃO VESTIBULAR .....	17
INDICADORES .....	22
1. INDICADORES DE ESTRUTURA .....	22
2. INDICADORES DE PROCESSO .....	22
3. INDICADORES DE RESULTADOS .....	22
BIBLIOGRAFIA.....	24
ANEXOS.....	25
ANEXO 1 .....	26



## SIGLAS

---

CIPE- Classificação Internacional para a prática de Enfermagem

EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

OE- Ordem dos Enfermeiros

## CONCEITOS

---

### 1. Equilíbrio Corporal

O equilíbrio corporal permite manter a postura sem grandes oscilações ou durante a execução de uma atividade motora, que é conseguida através da interação do sistema sensorial, músculo-esquelético e sistema nervoso central (Leme et al., 2017). Representa um processo complexo que é coordenado pelas informações visuais, vestibulares e somatossensoriais para o sistema nervoso central (Alashram et al., 2020).

Os **sistemas sensoriais** (visuais, proprioceptivas e vestibulares) conduzem informações específicas por via aferente ao sistema nervoso central, ao qual é acionado para organizar as informações e controlar a postura corporal tanto estática como dinâmica (Prusch et al., 2021).

O cérebro utiliza o **sistema vestibular** como referência primordial onde está a ocorrer o movimento. Representa o único sentido que está referenciado de forma intrínseca, sendo que a informação visual e somatossensorial são referenciadas ao ambiente externo, necessitando de uma interpretação adequada sobre o indivíduo ou ambiente à sua volta (Huber et al., 2009).

O equilíbrio corporal subdivide-se em equilíbrio estático e dinâmico, sendo o **equilíbrio estático** definido pela capacidade de manter uma posição confortável em repouso e o **equilíbrio dinâmico** a capacidade de realizar a transição ou deslocação entre posições, através de movimentos uniformes (Huber et al., 2009).

### 2. Equilíbrio Corporal segundo a CIPE (versão 2015)

"Segurança do corpo e coordenação dos músculos, ossos e articulações para movimentar-se, pôr-se de pé, sentar-se ou deitar-se" (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2016).

### 3. Equilíbrio Corporal Comprometido

No caso de existir incapacidade de processamento e transmissão de informação das vias eferentes do sistema nervoso central, por lesão ou disfunção, ocorre alteração na resposta neuromuscular, levando ao compromisso do equilíbrio corporal (Leme et al., 2017). Assim, a capacidade de processar informações provenientes dos sentidos e de transformar as informações em resposta motora é um processo fundamental no controlo do equilíbrio corporal (Gera et al., 2018).

A perda parcial ou total do equilíbrio estático e dinâmico após lesão neurológica vascular ou traumática é uma disfunção importante na neuroreabilitação. A recuperação do equilíbrio ortostático e da capacidade de marcha, são os elementos mais importantes da reabilitação após lesão neurológica (Gacsal et al., .2018).

#### **4. Avaliação do Equilíbrio Corporal**

Para a avaliação do equilíbrio corporal, têm-se desenvolvido diversos instrumentos com base em testes e escalas devidamente validados. O Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação recomenda 5 escalas, contudo muitas delas foram desenvolvidas com o objetivo de prevenir a queda, sendo frequentemente testadas com a pessoa idosa.

Sendo o nosso objetivo a reabilitação de pessoas com distúrbios neurológicos agudos com vista à obtenção de ganhos no equilíbrio corporal comprometido, considerámos que a escala que melhor se enquadrava no pretendido é a Escala de Berg. Não deixámos de recorrer também à escala de avaliação introduzida em SClinico que mais não é do que a Escala de Berg modificada, uma vez que é através deste sistema que temos de elaborar registos e poderemos vir a obter indicadores capazes de orientar a prática de cuidados.

O que prediz o uso de uma ou outra está na individualidade biológica do paciente, na especificidade do diagnóstico apresentado e nos critérios terapêuticos (Farinatti et al., 2005).

#### **5. Programa de Reabilitação**

Estabelecimento de um cronograma suportado por um plano de intervenções de enfermagem de reabilitação, que tem por base uma avaliação prévia que deve ser realizada por peritos, com vista a atingir determinados objetivos, a nível motores, cognitivos e/ou funcional.

O EEER desempenha um papel de primordial no restabelecimento do equilíbrio corporal, através da implementação de programas que visem melhorar o equilíbrio corporal e minimizar as alterações decorrentes do mesmo, no sentido de maximizar as capacidades funcionais, na promoção do autocuidado, qualidade de vida e participação social (Rocha et al., 2020).

## DESCRIÇÃO

---

### 1. Avaliação do Equilíbrio Corporal Estático e Dinâmico

Considerando o foco equilíbrio corporal, a identificação da necessidade de intervenções de enfermagem de reabilitação deve ser feita numa primeira abordagem, mediante a presença ou ausência dos seguintes critérios:

- **Equilíbrio estático sentado** (sentado na cama com as mãos apoiadas na cama e os pés apoiados no chão);
- **Equilíbrio dinâmico sentado** (induzir ligeiro balanço nos ombros da pessoa de forma que esta compense o movimento);
- **Equilíbrio estático em posição ortostática** (de pé com membros superiores em extensão, de pé com membros superiores em flexão, de pé com os olhos fechados);
- **Equilíbrio dinâmico em posição ortostática** (exercícios realizados ao fundo da cama/ barra lateral do corredor com o enfermeiro: alternância de carga nos membros inferiores, flexão do joelho, flexão/extensão coxofemoral, elevação lateral da perna (em abdução), agachamentos com correção postural, levantar/sentar sem apoio de mãos. (Rocha et al., 2020)).

### 2. Avaliação do Equilíbrio Corporal - “Escala de Equilíbrio de Berg” (Anexo 1)

Avalia o equilíbrio corporal funcional, estático e dinâmico e o risco de queda em pessoas adultas. É constituída por um conjunto de 14 tarefas de coordenação (Berg, 1992).

Cada tarefa é avaliada com uma **pontuação de 0 a 4**, em que:

- “0” Zero - representa incapacidade para realizar a tarefa
- “4” Quatro– representa a capacidade para realizar a tarefa de forma independente.

**Quanto maior a pontuação**, maior a capacidade para manter o equilíbrio, correspondendo a uma maior independência para a tarefa e menor o risco de queda (OE, 2016).

A pontuação obtida é interpretada com base da seguinte forma:

- 0 a 20 diminuição do equilíbrio;
- 21 a 40 equilíbrio aceitável;
- 41 a 56 bom equilíbrio (OE, 2016).

ESCALA DE EQUILIBRIO DE BERG	
Descrição dos itens	Pontuação (0-4)
1) Posição sentada para posição em pé	
2) Permanecer em pé sem apoio (ponto 3, equilíbrio ortostático estático)	
3) Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho (ponto 1, equilíbrio sentado estático)	
4) Posição em pé para posição sentada	
5) Transferências	
6) Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados	
7) Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos	
8) Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé.	
9) Apanhar um objeto do chão a partir da posição em pé.	
10) Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé (ponto 4, equilíbrio ortostático dinâmico)	
11) Girar 360 graus (ponto 4, equilíbrio ortostático dinâmico)	
12) Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banco enquanto permanece em pé sem apoio	
13) Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente	
14) Permanecer em pé sobre uma perna	
<b>TOTAL</b>	
<b>Legenda:</b>	
0 - Incapaz de executar; 4 - capaz de executar de forma independente); Score total de 56 pontos.	
Resultados: 41-56 = baixo risco de queda / equilíbrio bom;	
21-40 = risco de queda médio/ equilíbrio médio;	
0 - 20 = elevado risco de queda / equilíbrio diminuído.	

### 3. Construção do Programa de Enfermagem de Reabilitação para a Pessoa com danos neurológicos com Equilíbrio Corporal Comprometido

A construção do programa de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com equilíbrio comprometido, deve partir da utilização das escalas capazes, as quais orientam o perito para uma seleção de exercícios com base na individualidade biológica da pessoa, no diagnóstico e nos critérios terapêuticos.

Recomenda-se a introdução de alguns exercícios nas Atividades de Vida Diária, potenciando o resultado do programa e orientado para a funcionalidade.




#### 4. Intervenções de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Equilíbrio Corporal Comprometido




DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES NO SCLÍNICO
<b>Equilíbrio comprometido</b>  <b>Grau:</b> - <b>Reduzido</b> - <b>Moderado</b> - <b>Elevado</b>	<b>Avaliar equilíbrio Corporal</b>  1. Equilíbrio estático sentado (Sim/Não)  2. Equilíbrio dinâmico sentado (Sim/Não)  3. Equilíbrio ortostático estático (Sim/Não)  4. Equilíbrio ortostático dinâmico (Sim/Não)  5. Deformidades da coluna (Sim/Não)  6. Dismetria dedo nariz (Sim/Não)  7. Dismetria calcanhar joelho (Sim/Não)  8. Adota posições viciosas (Sim/Não)
	Planear treino de equilíbrio corporal
	Incentivar a treinar o equilíbrio corporal
	Assistir a pessoa a promover o equilíbrio através de técnicas de posicionamento
	Executar técnica de posicionamento para promover equilíbrio corporal
<b>Potencial para melhorar o conhecimento sobre equilíbrio corporal</b>	<b>Avaliar conhecimento sobre equilíbrio corporal</b>  Técnica de equilíbrio corporal (Não Demonstrado/Demonstrado)
	Ensinar sobre condição do doente

	Providenciar material de leitura
	Instruir sobre equilíbrio corporal
Potencial para melhorar a capacidade para executar técnica do equilíbrio corporal	Avaliar a capacidade para o equilíbrio corporal
	Executar técnica de equilíbrio corporal
	Instruir sobre equilíbrio corporal
	Instruir sobre técnicas para aumentar o equilíbrio corporal
	Treinar o equilíbrio corporal

#### 4.1. Exercícios no Leito

<p><b>1. Anteroversão-retroversão da bacia:</b> Flexão coxo-femural e dos joelhos. Pés e mãos do utente apoiados no leito. Anteroversão-retroversão seletiva da bacia. O EEER posiciona-se ao lado do utente, apoiando a bacia e os joelhos.</p>	
<p><b>2. Rotação superior do tronco:</b> Apoiar o tronco e os pés do utente no leito, colocar os joelhos fletidos, braços fletidos sobre o tórax. O EEER estabiliza a bacia do utente e esta roda do lado afetado para o lado não afetado e vice-versa. Para aumentar o grau de dificuldade, aplicar uma resistência no ombro.</p>	


<p><b>3. Elevação pélvica:</b> O utente levanta a bacia do leito, mantendo um alinhamento lombar e pélvico. Para aumentar o grau de dificuldade, aplicar uma resistência sobre a bacia.</p>	
<p><b>4. Elevação pélvica com movimento lateral:</b> O utente levanta a bacia do leito e inclina-se para o lado direito e esquerdo. O EEER deve apoiar os joelhos e os pés do utente.</p>	
<p><b>5. Elevação pélvica pré-unilateral:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Colocar uma perna à frente da outra aproximadamente a 20 centímetros de distância (membro lesado à frente do não lesado e vice versa) e levantar a bacia.</li> <li>b) A perna lesada do utente está apoiada na bola suíça e o utente levanta a bacia com a perna não afetada e vice-versa, fazendo a flexão do joelho e coxo-femoral.</li> </ul>	
<p><b>6. Elevação pélvica unilateral:</b> Levantar a perna não afetada do leito, mantendo a posição de elevação pélvica, o EEER apoia a perna afetada.</p>	

<p><b>7. Elevação pélvica unilateral com bola suíça:</b> A perna não afetada fica sobre a bola suíça e o utente levanta a bacia e a perna afetada com apoio do EEER.</p>	
<p><b>8. Rotação da parte inferior do tronco:</b> As pernas do utente são apoiadas na bola suíça, com flexão dos joelhos e coxofemoral, rodando a parte inferior do tronco. O EEER segura o tórax do utente e apoia a perna afetada.</p>	
<p><b>9. Flexão da parte inferior do tronco:</b> As pernas do utente são apoiadas numa bola suíça, com flexão dos joelhos e coxofemoral sobre o peito.</p> <p>(Cabanas-Valdés et al., 2021; Ahmed, et al., 2021; Junior, et al., 2014)</p>	

## 4.2. Exercícios em Posição sentado

<p><b>1. Flexão-extensão do tronco:</b> O utente senta-se no leito/cadeira e o EEER move o tórax do utente fazendo flexão e extensão da parte inferior do tronco (anteroversão-retroversão seletiva da bacia).</p>	
--	--

<p><b>2. Rotação da parte superior do tronco:</b> O utente senta-se no leito/cadeira e roda a parte superior do tronco com os braços cruzados sobre o tórax, o EEER estabiliza a bacia do utente.</p>	
<p><b>3. Inclinação do tronco:</b> O utente senta-se no leito/cadeira, inclina o tronco e toca com o cotovelo não afetado no leito ou sobre uma almofada e vice-versa.</p>	
<p><b>4. Elevação da bacia:</b> O utente senta-se no leito/cadeira, levanta a bacia do lado afetado e vice-versa.</p>	
<p><b>5. Rotação da parte inferior do tronco:</b> O utente senta-se no leito/cadeira, move o membro inferior não afetado para a frente e para trás e o EEER apoia a bacia. Em segundo lugar, o utente move o membro inferior afetado.</p>	
<p><b>6. Flexão/Extensão e abdução/adução do membro superior:</b> O EEER apoia no movimento.</p>	

<p><b>7. Anteroversão-retroversão seletiva da bacia:</b> O utente está sentado na bola suíça. O EEER move o tórax do utente, de forma a fazer flexão-extensão da parte inferior do tronco.</p>	
<p><b>8. Rotação da parte superior do tronco:</b> O utente roda a parte superior do tronco, movimentando cada ombro para a frente e para trás com os braços cruzados sobre o tórax, e o EEER estabiliza a bacia do utente.</p>	
<p><b>9. Inclinação lateral do tronco:</b> O utente inclina o seu tronco lateralmente. Primeiro com o lado não afetado e depois com o lado afetado.</p>	
<p><b>10. Exercício estático de controlo do tronco:</b> O utente mantém postura sustentada com e sem resistência.</p>	
<p><b>11. Alcançar um objeto:</b> Com um ou ambos os membros superiores para a frente (flexão do ombro) ou para os lados (abdução do ombro) e depois do chão.</p>	

<p>12. <b>Correção postural sentado em frente ao espelho quadriculado:</b> O utente mantém-se em frente ao espelho, corrigindo a sua postura corporal.</p> <p>(Cabanas-Valdés et al., 2021; Ahmed, et al., 2021; Júnior, et al., 2014)</p>	

#### 4.3. Exercícios em Posição Ortostática





<p>1. <b>Levante para a posição ortostática:</b> Inicialmente com apoio dos membros superiores, posteriormente sem apoio, com as mãos sobre os membros inferiores.</p>	
--	--

<p><b>2. Correção postural em ortostatismo, em frente ao espelho quadriculado e:</b> utente mantém-se em frente ao espelho, corrigindo a sua postura corporal.</p>	
<p><b>3. Flexão do tornozelo:</b> utente apoiado numa barra de apoio, com os pés afastados ao nível dos ombros, realiza a flexão do tornozelo (ponta dos pés), voltando posteriormente à posição inicial.</p>	
<p><b>4. Dorsiflexão do tornozelo:</b> utente apoiado numa barra de apoio, com os pés afastados ao nível dos ombros, realiza a dorsiflexão do tornozelo (ponta dos calcanhares), voltando posteriormente à posição inicial.</p>	
<p><b>5. Adução/Abdução da coxofemoral:</b> O utente de pé ao lado da cama, apoia-se com uma mão na barra. Realiza adução e abdução da perna contrária (abrir e fechar a perna), mantendo apoio unipodal (de uma só perna) sem fletir a mesma.</p>	

<p><b>6. Flexão do joelho unilateral:</b> O utente de pé, apoia-se na barra da cama, realiza o treino de equilíbrio sobre uma perna durante 10 segundos, trocando posteriormente para a outra perna.</p>	
<p><b>7. Alinhamento dos pés em linha reta:</b> Em posição de pé, o utente apoia-se na barra da cama, olha para a frente, coloca um pé à frente do outro e mantém a posição por 10 segundos. Posteriormente, trocar o pé de trás para a frente, mantendo a posição por 10s.</p>	
<p><b>8. Caminhar em linha reta:</b> Utente apoia-se numa superfície com um dos membros superiores enquanto caminha em linha reta, retoma o treino no sentido contrário.</p>	
<p><b>9. Agachamento com bola suíça:</b> O utente apoia-se posteriormente na bola suíça, encostado à parede, o EEER apoia lateralmente durante o agachamento.</p> <p>(Cabanas-Valdés et al., 2021; Ahmed, et al., 2021; Júnior, et al., 2014)</p>	

#### 4.4. Exercícios de Reabilitação Vestibular

<p><b>1. Movimentos oculares:</b></p> <p>a) Olhar para cima e para baixo, mantendo a cabeça imóvel.</p> <p>b) Olhar para o lado direito e lado esquerdo, mantendo a cabeça imóvel.</p>	
<p><b>2. Flexão/extensão da cabeça:</b> com os olhos abertos e depois fechados. Devagar e depois rápido, focando num ponto fixo.</p>	
<p><b>3. Inclinação da cabeça:</b> Para o lado direito e lado esquerdo. Devagar e depois rápido.</p>	
<p><b>4. Elevação e movimentos circulares do ombro:</b> Olhar centrado num ponto fixo na parede e realizar o movimento de elevação e circulação do ombro.</p>	

<p><b>5. Levantar um objeto acima da cabeça:</b> Coloca-se o objeto no chão. O utente olhando-o fixamente, apanha-o e levanta-o acima da cabeça, depois coloca-o no chão novamente.</p>	
<p><b>6. Inclinar-se para a frente e passar um objeto por trás e pela frente dos joelhos:</b> olhar sempre para a objeto.</p>	
<p><b>7. Aproximar e afastar o dedo indicador da face:</b> olhando fixamente para o dedo e realizar o movimento.</p>	
<p><b>8. Sentar e ficar de pé:</b> repetindo o mesmo movimento com os olhos fixos num ponto sobre o teto.</p>	

<p><b>9. Sentar e ficar de pé:</b> repetindo o mesmo movimento com os olhos fechados e membros superiores ao longo do corpo.</p>	
<p><b>10. Movimento circular de 360° para a direita e depois para a esquerda:</b> o utente retorna à posição inicial.</p>	
<p><b>11. Lançar a bola de uma mão para a outra:</b> Fixar o olhar sobre a bola quando essa se movimenta em direção a cada uma das mãos, acima do nível dos ombros.</p>	

<p><b>12. Andar e lançar a bola de uma mão para a outra:</b> o utente fixa o olhar na bola.</p>	
<p><b>13. Andar numa linha reta, batendo a bola no chão:</b> o utente fixa o olhar num ponto fixo na parede.</p>	
<p><b>14. Equilibrar-se num único membro inferior:</b> utente com os olhos abertos e fixos sobre um ponto fixo na parede.</p>	
<p><b>15. Anda sobre um "oito" desenhado no chão:</b> o utente foca-se nos passos normais.</p>	

<p><b>16. Andar sobre uma linha reta desenhada no chão, em ritmo de marcha:</b> o utente foca-se no objeto. Se conseguir apanha o objeto e retrocede com passos para trás até posição inicial.</p>	
<p><b>17. Tentar acertar com a bola no ponto fixo desenhado na parede:</b> o utente foca-se no ponto fixo.</p> <p>(Cabanas-Valdés et al., 2021; Ahmed, et al., 2021; Júnior, et al., 2014)</p>	

## INDICADORES

---

### 1. Indicadores de Estrutura

Fazem parte dos instrumentos, recursos disponíveis e ambiente físico em meio organizacional:

- Espelho quadriculado;
- Bola Suíça;
- Bola de ténis;
- Fita;
- Horas de enfermagem de reabilitação/doente/dia;
- Norma de Procedimento que oriente para a construção do Programa de Reabilitação da pessoa com danos neurológicos e com equilíbrio corporal comprometido;
- N° de doentes com equilíbrio corporal comprometido num período de tempo.

Definição: consiste no número de horas de cuidados de enfermagem que efetivamente foram prestados em cada dia. Excluem-se as horas prestadas pelo enfermeiro-chefe e o tempo regulamentar para almoço, jantar, amamentação / aleitação, formação em serviço e outras situações legalmente estipuladas.

### 2. Indicadores de Processo

Referem-se ao modo como os cuidados são prestados, em tempo útil de forma a prevenir o risco de desenvolver determinado diagnóstico.

### 3. Indicadores de Resultado

Indicam os objetivos dos cuidados que levam à mudança do estado de saúde corrente ou futuro dos utilizadores, taxa de eficácia na prevenção de complicações, alterações positivas nas escalas ordinais do status com taxa de ganhos, na prevenção, resolução ou melhoria de status.

#### **Modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem (reais)**

- N.º de doentes com equilíbrio corporal comprometido em grau elevado que resolveram o diagnóstico, e tiveram, pelo menos, uma intervenção documentada, num dado período / N.º de doentes com equilíbrio comprometido em grau elevado no mesmo período X 100;
- N.º de doentes com equilíbrio corporal comprometido em grau elevado que transitaram para grau ligeiro, e tiveram, pelo menos, uma intervenção documentada, num dado período / N.º de doentes com equilíbrio comprometido em grau elevado no mesmo período X 100;

**Taxa de incidência:**

- N.º de novos casos de equilíbrio comprometido, documentados durante um dado momento / período População existente nesse momento / período X 100;

**Taxa de prevalência:**

- N.º. de casos com equilíbrio comprometido, documentados durante um dado momento / período População existente nesse momento / período;

**Taxa de frequência relativa:**

- N.º de casos com equilíbrio comprometido, documentados num dado período / Total de casos (internamentos / utentes) existentes no mesmo período X 100 (OE, 2015).

## BIBLIOGRAFIA

- Ahmed, U., Karimi, H., Amir, S., & Ahmed, A. (2021). Effects of intensive multiplanar trunk training coupled with dual-task exercises on balance, mobility, and fall risk in patients with stroke: a randomized controlled trial. *The Journal of international medical research*, 49(11), 3000605211059413. <https://doi.org/10.1177/03000605211059413>
- Alashram, A. R., Annino, G., Raju, M., & Padua, E. (2020). Effects of physical therapy interventions on balance ability in people with traumatic brain injury: A systematic review. *NeuroRehabilitation*, 46(4), 455–466. <https://doi.org/10.3233/NRE-203047>
- Berg, K. O., Wood-Dauphinee, S. L., Williams, J. I., & Maki, B. (1992). Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*, 83 Suppl 2, S7–S11. [https://www.researchgate.net/publication/21687774\\_Measuring\\_balance\\_in\\_the\\_elderly\\_Validation\\_of\\_an\\_instrument](https://www.researchgate.net/publication/21687774_Measuring_balance_in_the_elderly_Validation_of_an_instrument)
- Cabanas-Valdés, R., Boix-Sala, L., Grau-Pellicer, M., Guzmán-Bernal, J. A., Caballero-Gómez, F. M., & Urrutia, G. (2021). The Effectiveness of Additional Core Stability Exercises in Improving Dynamic Sitting Balance, Gait and Functional Rehabilitation for Subacute Stroke Patients (CORE-Trial): Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(12). <https://doi.org/10.3390/ijerph18126615>
- Gacsal, C., Takács, K., Kovács, R., & Dénes, Z. (2018). Examination of static and dynamic balance of brain injured patients in elastic space. *Annals of Physical & Rehabilitation Medicine*, 61, e354. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2018.05.826>
- Gera, G., Chesnutt, J., Mancini, M., Horak, F. B., & King, L. A. (2018). Inertial Sensor-Based Assessment of Central Sensory Integration for Balance After Mild Traumatic Brain Injury. *Military Medicine*, 183(suppl\_1), 327–332. <https://doi.org/10.1093/milmed/usx162>
- Guimarães, J. & Farinatti, P. (2005). Análise descritiva das variáveis teoricamente associadas ao risco de quedas em mulheres idosas. *Revista Brasileira Medicina esportiva*, 11(5): 280e-286e. <https://doi.org/10.1590/S1517-86922005000500011>
- Huber, F. & Wells, C. (2009). *Exercícios Terapêuticos: Planeamento do Tratamento para Progressão (1.ª Edição)*. Lusodidacta.
- Júnior, P., Kozan, E., Moraes, J., Pereira, F., Moreno, Bassan, A. (2014). Reabilitação vestibular na qualidade de vida e sintomatologia de tontura de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8), 3365–3374. doi:10.1590/1413-81232014198.11082013
- Leme, G., Carvalho, I. & Scheicher, M. (2017). Improvement of postural balance in elderly women with the use of additional sensory information. *Fisioter Pesqui*, 24(1), 68-73. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/16753224012017>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Core de Indicadores por Categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação (PQCR). Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação: 1-23. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/Core\\_Indicadores\\_por\\_Categoria\\_de\\_Enunciados\\_Descrit\\_PQCR.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Core_Indicadores_por_Categoria_de_Enunciados_Descrit_PQCR.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2016). "Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação". [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao\\_Final\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2016). CIPE® Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Edição Portuguesa, maio de 2016, ISBN Nacional: 978- 989-8444-35-6.
- Prusch, S. K., Barbosa, I. M., Santos, E. J. M. dos, & Lemos, L. F. C. (2021). CONTROLE POSTURAL E O ENVELHECIMENTO. *Corpoconsciência*, 25(2), 236–251. <https://doi.org/10.51283/rc.v25i2.12702>
- Rocha, I., Bravo, M., Sousa, L., Mesquita, A. & Pestana, H. (2020). Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação no ganho do Equilíbrio Postural na pessoa após Acidente Vascular Cerebral: Estudo de Caso. *RPER*, 3(s1), 5-17.



## ANEXOS

---

**ANEXO 1****ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG****1. Posição sentada para posição em pé.**

- ( ) 4 capaz de levantar-se sem utilizar as mãos e estabilizar-se independentemente.
- ( ) 3 capaz de levantar-se independentemente e estabilizar-se independentemente.
- ( ) 2 capaz de levantar-se utilizando as mãos após diversas tentativas.
- ( ) 1 necessita de ajuda mínima para levantar-se ou estabilizar-se.
- ( ) 0 necessita de ajuda moderada ou máxima para levantar-se.

**2. Permanecer em pé sem apoio**

- ( ) 4 capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos.
- ( ) 3 capaz de permanecer em pé por 2 minutos com supervisão.
- ( ) 2 capaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio.
- ( ) 1 necessita de várias tentativas para permanecer em pé por 30 segundos sem apoio.
- ( ) 0 incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio.

Se o paciente for capaz de permanecer em pé por 2 minutos sem apoio, dê o número total de pontos para o item 3. Continue com o item 4.

**3. Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho.**

- ( ) 4 capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 2 minutos.
- ( ) 3 capaz de permanecer sentado por 2 minutos com supervisão.
- ( ) 2 capaz de permanecer sentado por 30 segundos.
- ( ) 1 capaz de permanecer sentado por 10 segundos.
- ( ) 0 incapaz de permanecer sentado sem apoio por 10 segundos.

**4. Posição em pé para posição sentado.**

- ( ) 4 senta-se com segurança, com uso mínimo das mãos.
- ( ) 3 controla a descida utilizando as mãos.
- ( ) 2 utiliza a parte posterior das pernas contra a cadeira para controlar a descida.
- ( ) 1 senta-se independentemente, mas tem descida sem controlo.
- ( ) 0 necessita de ajuda para sentar-se.

**5. Transferências.**

- ( ) 4 capaz de transferir-se com segurança com uso mínimo das mãos.
- ( ) 3 capaz de transferir-se com segurança com o uso das mãos.
- ( ) 2 capaz de transferir-se seguindo orientações verbais e/ou supervisão.
- ( ) 1 necessita de uma pessoa para ajudar.
- ( ) 0 necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar a tarefa com segurança.

**6. Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados.**

- ( ) 4 capaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança.
- ( ) 3 capaz de permanecer em pé por 10 segundos com supervisão.
- ( ) 2 capaz de permanecer em pé por 3 segundos.
- ( ) 1 incapaz de permanecer com os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé.
- ( ) 0 necessita de ajuda para não cair.

**7. Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos.**

- ( ) 4 capaz de posicionar os pés juntos, independentemente, e permanecer por 1 minuto com segurança.
- ( ) 3 capaz de posicionar os pés juntos, independentemente, e permanecer por 1 minuto com supervisão.
- ( ) 2 capaz de posicionar os pés juntos, independentemente, e permanecer por 30 segundos.
- ( ) 1 necessita de ajuda para posicionar-se, mas é capaz de permanecer com os pés juntos durante 15 segundos.
- ( ) 0 necessita de ajuda para posicionar-se e é incapaz de permanecer nessa posição por 15 segundos.

**8. Alcançar à frente com o braço estendido, permanecendo em pé.**

- ( ) 4 pode avançar à frente mais que 25cm com segurança.
- ( ) 3 pode avançar à frente mais que 12,5cm com segurança.
- ( ) 2 pode avançar à frente mais que 5cm com segurança.
- ( ) 1 pode avançar à frente, mas necessita de supervisão.
- ( ) 0 perde o equilíbrio na tentativa, ou necessita de apoio externo.

**9. Pegar um objeto do chão a partir de uma posição em pé.**

- ( ) 4 capaz de pegar o chinelo com facilidade e segurança.
- ( ) 3 capaz de pegar o chinelo, mas necessita de supervisão.
- ( ) 2 incapaz de pegá-lo mas se estica, até ficar a 2-5cm do chinelo, e mantém o equilíbrio independentemente.
- ( ) 1 incapaz de pegá-lo, necessitando de supervisão enquanto está tentando.
- ( ) 0 incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair.

**10. Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé.**

- ( ) 4 olha para trás de ambos os lados com boa distribuição do peso.
- ( ) 3 olha para trás somente de um lado; o lado contrário demonstra menor distribuição do peso.
- ( ) 2 vira somente para os lados, mas mantém o equilíbrio.
- ( ) 1 necessita de supervisão para virar.
- ( ) 0 necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair.

**11. Girar 360°**

- ( ) 4 capaz de girar 360° com segurança em 4 segundos ou menos.
- ( ) 3 capaz de girar 360° com segurança somente para um lado em 4 segundos ou menos.
- ( ) 2 capaz de girar 360° com segurança, mas lentamente.

- 1 necessita de supervisão próxima ou orientações verbais.
- 0 necessita de ajuda enquanto gira.

**12. Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio.**

- 4 capaz de permanecer em pé independentemente e com segurança, completando 8 movimentos em 20 segundos.
- 3 capaz de permanecer em pé independentemente e completar 8 movimentos em mais de 20 segundos.
- 2 capaz de completar 4 movimentos sem ajuda.
- 1 capaz de completar mais de 2 movimentos com o mínimo de ajuda.
- 0 incapaz de tentar ou necessita de ajuda para não cair.

**13. Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente.**

- 4 capaz de colocar um pé imediatamente à frente do outro, independentemente, e permanecer por 30 segundos.
- 3 capaz de colocar um pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado, independentemente, e permanecer por 30 segundos.
- 2 capaz de dar um pequeno passo, independentemente, e permanecer por 30 segundos.
- 1 necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos.
- 0 perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar em pé.

**14. Permanecer em pé sobre uma perna.**

- 4 capaz de levantar uma perna, independentemente, e permanecer por mais de 10 segundos.
- 3 capaz de levantar uma perna, independentemente, e permanecer por 5-10 segundos.
- 2 capaz de levantar uma perna, independentemente, e permanecer por 3 ou 4 segundos.
- 1 tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, embora permaneça em pé independentemente.
- 0 incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair.

**TOTAL:** \_\_\_\_\_

---

Fonte: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/143486/mod\\_folder/content/0/EEB.pdf?forcedownload=1](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/143486/mod_folder/content/0/EEB.pdf?forcedownload=1)



EGAS MONIZ SCHOOL  
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
EGAS MONIZ

APÊNDICE 12: SESSÃO DE FORMAÇÃO DA NORMA DE  
PROCEDIMENTO HOSPITALAR - CUIDADOS DE ENFERMAGEM  
DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM EQUILÍBRIO CORPORAL  
COMPROMETIDO



# CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM EQUILÍBRIO CORPORAL COMPROMETIDO

## NORMA DE PROCEDIMENTO

SERVIÇO NEUROCIRURGIA I

Estudantes de Mestrado em Reabilitação: Enf.(as) Joana Teodoro; Júlia Saraiva; Marlene Cavaco.

Professores Orientadores: Dina Peças; Gonçalo Rosa; Júlio Fernandes.

Orientadores Enf.(s) Especialistas Reabilitação

# ÍNDICE

CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM EQUILÍBRIO CORPORAL COMPROMETIDO

## 01

### CONCEITOS

- EQUILÍBRIO CORPORAL;
- EQUILÍBRIO CORPORAL (CIPE);
- EQUILÍBRIO CORPORAL COMPROMETIDO;
- AVALIAÇÃO EQUILÍBRIO CORPORAL- ESCALA DE BERG
- PROGRAMA DE REABILITAÇÃO.

## 02

### DESCRIÇÃO

- AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO CORPORAL ESTÁTICO E DINÂMICO;
- AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO CORPORAL- ESCALA DE BERG;
- CONSTRUÇÃO DO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO;
- INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO:
  - EXERCÍCIOS NO LEITO;
  - POSIÇÃO SENTADO;
  - POSIÇÃO ORTOSTÁTICA;
  - REABILITAÇÃO VESTIBULAR.

## 03

### CASOS CLÍNICOS

- CASO CLÍNICO 1;
- CASO CLÍNICO 2.

## 04

### INDICADORES

- INDICADORES DE ESTRUTURA;
- INDICADORES DE PROCESSO;
- INDICADORES DE RESULTADOS.

## 01 CONCEITOS

### EQUILÍBRIO CORPORAL- CIPE

“Segurança do corpo e coordenação dos músculos, ossos e articulações para movimentar-se, pôr-se de pé, sentar-se ou deitar-se”.

(OE, 2016)

## 01 CONCEITOS

### EQUILÍBRIO CORPORAL COMPROMETIDO

Existindo incapacidade de processamento e transmissão de informação das vias eferentes do **sistema nervoso central**, por lesão ou disfunção, ocorre alteração na resposta neuro-muscular, levando ao **compromisso do equilíbrio corporal** (Leme et al., 2017)

A perda parcial de **equilíbrio estático e dinâmico** após lesão neurológica vascular/traumática é uma disfunção importante na neurorreabilitação.

A **recuperação do equilíbrio ortostático** e da capacidade de **marcha**, são essenciais após lesão neurológica (Gacsal et al., .2018)

## 01 CONCEITOS

### AValiação EQUILÍBRIO CORPORAL- ESCALA DE BERG

O Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação recomenda **5 escalas**, contudo muitas delas foram desenvolvidas com o objetivo de prevenir a queda, sendo frequentemente testadas com a pessoa idosa.

Sendo o nosso objetivo a reabilitação de pessoas com **distúrbios neurológicos agudos** com vista à obtenção de ganhos no equilíbrio corporal comprometido, considerámos que a escala que melhor se enquadrava no pretendido é a **Escala de Berg**.

## 01 CONCEITOS

### PROGRAMA DE REABILITAÇÃO

Estabelecimento de um cronograma suportado por um **plano de intervenções** de enfermagem de reabilitação, que tem por base uma avaliação prévia que deve ser realizada **por peritos**, com vista a atingir determinados **objetivos**, a nível motores, cognitivos e/ou funcional.

O EEER desempenha um **papel de primordial** no restabelecimento do equilíbrio corporal, através da implementação de programas que visem melhorar o equilíbrio corporal e minimizar as alterações decorrentes do mesmo, no sentido de **maximizar as capacidades funcionais**, na **promoção do autocuidado**, qualidade de vida e participação social (Rocha et al., 2020).

## 02 DESCRIÇÃO

### AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO CORPORAL ESTÁTICO



**Equilíbrio estático sentado**  
(sentado na cama com as mãos apoiadas na cama e os pés apoiados no chão;

**Equilíbrio dinâmico sentado**  
(induzir ligeiro balanço nos ombros da pessoa de forma que esta compense o movimento);

## 02 DESCRIÇÃO

### AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO CORPORAL DINÂMICO



**Equilíbrio estático em posição ortostática** (de pé com membros superiores em extensão, de pé com membros superiores em flexão, de pé com os olhos fechados);

**Equilíbrio dinâmico em posição ortostática** (exercícios realizados ao fundo da cama/ barra lateral do corredor com o enfermeiro: alternância de carga nos membros inferiores, flexão do joelho, flexão/extensão coxo-femoral, elevação lateral da perna (em abdução), agachamentos com correção postural, levantar/sentar sem apoio de mãos. (Rocha et al., 2020)).

## 02 DESCRIÇÃO

### ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG

ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG	
Descrição dos Itens	Pontuação (0-4)
1) Posição sentada para posição em pé	
2) Permanecer em pé sem apoio (ponto 3, equilíbrio ortostático estático)	
3) Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho (ponto 1, equilíbrio sentado estático)	
4) Posição em pé para posição sentada	
5) Transferências	
6) Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados	
7) Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos	
8) Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé.	
9) Apanhar um objeto do chão a partir da posição em pé.	
10) Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé (ponto 4, equilíbrio ortostático dinâmico)	
11) Girar 360 graus (ponto 4, equilíbrio ortostático dinâmico)	
12) Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banco enquanto permanece em pé sem apoio	
13) Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente	
14) Permanecer em pé sobre uma perna	
	TOTAL
<b>Legenda:</b> 0 - Incapaz de executar, 4 - capaz de executar de forma independente; Score total de 56 pontos. Resultados: 41-56 = baixo risco de queda / equilíbrio bom; 21-40 = risco de queda médio/ equilíbrio médio; 0 - 20 = elevado risco de queda / equilíbrio diminuído.	

## 02 DESCRIÇÃO

### CONSTRUÇÃO DO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO

Deve partir da utilização das **escalas capazes**, as quais orientam o **perito** para uma seleção de exercícios com base na **individualidade** biológica da pessoa, no diagnóstico e nos critérios terapêuticos.

Recomenda-se a introdução de alguns exercícios nas **Atividades de Vida Diária**, potenciando o resultado do programa e orientado para a funcionalidade.

## 02 DESCRIÇÃO

### INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES NO SCLÍNICO	Potencial para melhorar o conhecimento sobre equilíbrio corporal	Avaliar conhecimento sobre equilíbrio corporal
Equilíbrio comprometido	<b>Avaliar equilíbrio Corporal</b>  1. Equilíbrio estático sentado (Sim/Não) 2. Equilíbrio dinâmico sentado (Sim/Não) 3. Equilíbrio ortostático estático (Sim/Não) 4. Equilíbrio ortostático dinâmico (Sim/Não) 5. Deformidades da coluna (Sim/Não) 6. Dismetria dedo nariz (Sim/Não) 7. Dismetria calcanhar joelho (Sim/Não) 8. Adota posições viciosas (Sim/Não)	Potencial para melhorar a capacidade para executar técnica do equilíbrio corporal	Técnica de equilíbrio corporal (Não Demonstrado/Demonstrado)
			Ensinar sobre condição do doente
Grau: - Reduzido - Moderado - Elevado	Planear treino de equilíbrio corporal	Potencial para melhorar a capacidade para executar técnica do equilíbrio corporal	Avaliar a capacidade para o equilíbrio corporal
	Incentivar a treinar o equilíbrio corporal		Executar técnica de equilíbrio corporal
	Assistir a pessoa a promover o equilíbrio através de técnicas de posicionamento		Instruir sobre equilíbrio corporal
	Executar técnica de posicionamento para promover equilíbrio corporal		Instruir sobre técnicas para aumentar o equilíbrio corporal
			Treinar o equilíbrio corporal

## 02 DESCRIÇÃO

### INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

### EXERCÍCIOS DEITADO



**1**  
ANTEROVERSÃO  
RETROVERSÃO DA BACIA



**2**  
ROTAÇÃO SUPERIOR DO  
TRONCO



**3**  
ELEVÇÃO PÉLVICA COM  
ALINHAMENTO LOMBAR PÉLVICO



**4**  
ELEVÇÃO PÉLVICA  
COM MOVIMENTO  
LATERAL



**5 a)**  
ELEVÇÃO PÉLVICA  
UNILATERAL



**5 b)**  
ELEVÇÃO PÉLVICA COM  
APOIO DE BOLA



**6**  
ELEVÇÃO UNILATERAL  
COM O MEMBRO  
INFERIOR AFETADO



**7**  
ELEVÇÃO PÉLVICA  
UNILATERAL COM O MEMBRO  
INFERIOR AFETADO SOBRE A  
BOLA SUÍÇA



**8**  
ROTAÇÃO DA PARTE  
INFERIOR DO TRONCO  
COM BOLA SUÍÇA



**9**  
FLEXÃO DA PARTE  
INFERIOR DO TRONCO

## 02 DESCRIÇÃO

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

### EXERCÍCIOS SENTADO



## 02 DESCRIÇÃO

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

### EXERCÍCIOS EM ORTOSTATISMO



## 02 DESCRIÇÃO

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

### EXERCÍCIOS DE REABILITAÇÃO VESTIBULAR



## 03 CASOS CLÍNICOS

CASO CLINICO 1

#### DADOS PESSOAIS

NOME: AM	DATA DE NASCIMENTO: 11/08/1956	IDADE: 66 Anos
GÉNERO: Masculino		ETNIA: Negra
RESIDÊNCIA: Cova da Piedade		NATALIDADE: Cabo Verde

#### HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL

Utente recorre ao \_\_\_\_\_, no dia 22/3/2023 por incapacidade na deambulação por diminuição da força dos membros inferiores e desequilíbrio, com agravamento nas 2 últimas semanas com várias quedas. Refere ter iniciado no mesmo dia um quadro de dor torácica ao esforço, com irradiação para ambos os membros superiores, pescoço e costas com resolução ao fim de 5 minutos em repouso.

**DIAGNÓSTICO:** Lesão osteolítica D3 com compressão medular; - Provável plasmocitoma solitário por lesão D5 a condicionar paraparésia;

### 03 CASOS CLÍNICOS

CASO CLINICO 1

#### AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO CORPORAL (ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG)

0 - 20 = elevado risco de queda / equilíbrio diminuído.

Descrição dos itens	Pontuação (0-4)	
	05/06	16/06
1) Posição sentada para posição em pé	1	2
2) Permanecer em pé sem apoio	0	0
3) Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho	3	4
4) Posição em pé para posição sentada	1	2
5) Transferências	1	2
6) Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados	0	0
7) Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos	0	0
8) Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé.	0	0
9) Apanhar um objeto do chão a partir da posição em pé.	0	0
10) Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé.	0	0
11) Girar 360 graus	0	0
12) Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio	0	0
13) Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente	0	0
14) Permanecer em pé sobre uma perna	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>10</b>

### 03 CASOS CLÍNICOS

CASO CLINICO 1

DEITADO

SENTADO



ORTOSTATISMO

### 03 CASOS CLÍNICOS CASO CLINICO 2

DADOS PESSOAIS		
NOME: JC	DATA DE NASCIMENTO: 01/08/1998	IDADE: 27 Anos
GÉNERO: Masculino	ETNIA: Caucasiana	
RESIDÊNCIA: Almada	NATALIDADE: Braga	
HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL		
Segundo JC, em janeiro terão começado a surgir as cefaleias recorrentes e o 1.º episódio de convulsão. Recorre ao [ ] por cefaleia de novo, onde terá sido transferido para o [ ] e internado no serviço de Neurocirurgia. À observação: Vigil, orientado e colaborante, sem défices motores, quadrantanopsia superior direita.		
<b>DIAGNÓSTICO:</b> Lesão extra-axial do seio cavernoso esquerdo, suspeita de Schwannoma do V par craniano, com hemorragia intralésional e rotura do ventrículo lateral esquerdo.		

### 03 CASOS CLÍNICOS CASO CLINICO 2

#### AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO CORPORAL (ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG)

41-56 = baixo risco de queda / equilíbrio bom;

21-40 = risco de queda médio/ equilíbrio médio;

0 - 20 = elevado risco de queda / equilíbrio diminuído

Descrição dos itens	22/05	25/05	31/05	02/06
1) Posição sentada para posição em pé	2	3	4	4
2) Permanecer em pé sem apoio	1	2	4	4
3) Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho	4	4	4	4
4) Posição em pé para posição sentada	2	3	4	4
5) Transferências	1	2	4	4
6) Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados	1	2	4	4
7) Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos	1	2	4	4
8) Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé.	0	2	4	4
9) Apanhar um objeto do chão a partir da posição em pé.	0	1	3	4
10) Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé.	0	2	4	4
11) Girar 360 graus	0	1	3	4
12) Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio	0	1	3	4
13) Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente	0	1	3	4
14) Permanecer em pé sobre uma perna	0	1	3	4
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>27</b>	<b>51</b>	<b>56</b>

### 03 CASOS CLÍNICOS

#### CASO CLÍNICO 2



### 04 INDICADORES

#### INDICADORES DE ESTRUTURA

**Instrumentos**, recursos disponíveis e ambiente físico em meio organizacional:

- ✓ Espelho quadriculado;
- ✓ Bola Suíça;
- ✓ Bola de ténis;
- ✓ Fita;
- ✓ Horas de enfermagem de reabilitação/doente/dia;
- ✓ Norma de Procedimento que oriente para a construção do Programa de Reabilitação da pessoa com danos neurológicos e com equilíbrio corporal comprometido;
- ✓ N° de doentes com equilíbrio corporal comprometido num período de tempo.

**Definição:** consiste no número de horas de cuidados de enfermagem que efetivamente foram prestados em cada dia. Excluem-se as horas prestadas pelo enfermeiro chefe e o tempo regulamentar para almoço, jantar, amamentação / aleitação, formação em serviço e outras situações legalmente estipuladas.

## 04 INDICADORES

### INDICADORES DE PROCESSO

Referem-se ao modo como os **cuidados são prestados**, em tempo útil de forma a prevenir o risco de desenvolver determinado diagnóstico.

## 04 INDICADORES

### INDICADORES DE RESULTADO

Indicam os **objetivos dos cuidados** que levam à mudança do estado de saúde corrente ou futuro dos utilizadores, taxa de eficácia na prevenção de complicações, alterações positivas nas escalas ordinais do status com taxa de ganhos, na prevenção, resolução ou melhoria de status.

**Modificações positivas** no estado dos diagnósticos de enfermagem (reais)

## 04 INDICADORES

### INDICADORES DE RESULTADO



#### Modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem (reais)

-N.º de doentes com equilíbrio corporal comprometido em grau elevado que resolveram o diagnóstico, e tiveram, pelo menos, uma intervenção documentada, num dado período / N.º de doentes com equilíbrio comprometido em grau elevado no mesmo período X 100;

-N.º de doentes com equilíbrio corporal comprometido em grau elevado que transitaram para grau ligeiro, e tiveram, pelo menos, uma intervenção documentada, num dado período / N.º de doentes com equilíbrio comprometido em grau elevado no mesmo período X 100;

## 04 INDICADORES

INDICADORES DE RESULTADO



### Taxa de incidência:

-N.º de **novos casos de equilíbrio comprometido**, documentados durante um dado momento / população existente nesse momento / período X 100;




### Taxa de prevalência:

-N.º de **casos com equilíbrio comprometido**, documentados durante um dado momento / período população existente nesse momento / período;

### Taxa de frequência relativa:

-N.º de **casos com equilíbrio comprometido**, documentados num dado período / Total de casos (internamentos / utentes) existentes no mesmo período X 100 (OE, 2015)

# CONCLUSÃO

-  O compromisso no equilíbrio corporal é um fator limitador no desempenho das atividades de vida diária.
-  É fundamental a implementação de programas de reeducação do equilíbrio corporal adequados às necessidades individuais de cada pessoa, permitindo o ganho de capacidade funcional e a melhoria na qualidade de vida.
-  O EEER tem um papel preponderante na capacitação da pessoa com compromisso no equilíbrio corporal, na maximização da funcionalidade e ganho de independência.

## SUGESTÕES FUTURAS



CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM EQUILÍBRIO CORPORAL COMPROMETIDO



TESTAR A NORMA



REVER A NORMA



FAZER FORMAÇÃO



ELABORAR UMA CHECK LIST



AVALIAÇÃO CONTÍNUA



EGAS MONIZ SCHOOL  
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
EGAS MONIZ

## APÊNDICE 13: PÓSTER - EXERCÍCIOS DE REEDUCAÇÃO DO EQUILÍBRIO CORPORAL



www.esm.edu.pt | Rua da Bragança, 1 | 1600-014 Lisboa

## CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM EQUILÍBRIO CORPORAL COMPROMETIDO

### EXERCÍCIOS DEITADO



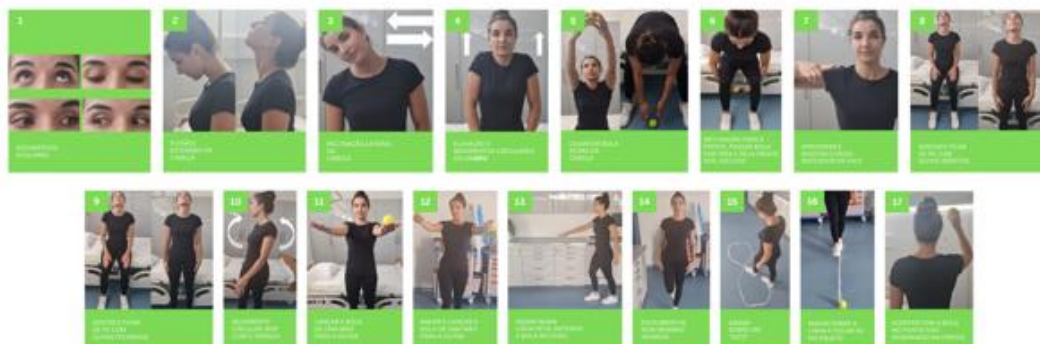
### EXERCÍCIOS SENTADO



### EXERCÍCIOS EM ORTOSTATISMO



### EXERCÍCIOS DE REABILITAÇÃO VESTIBULAR



### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS





EGAS MONIZ SCHOOL  
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
EGAS MONIZ

## APÊNDICE 14: ESTUDO DE CASO - PESSOA COM ALTERAÇÃO CEREBRAL EM BUSCA DA RECUPERAÇÃO DA MARCHA



EGAS MONIZ SCHOOL  
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
EGAS MONIZ

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

### **ESTUDO DE CASO**

PESSOA COM ALTERAÇÃO CEREBRAL EM BUSCA DA  
RECUPERAÇÃO DA MARCHA

**Joana Rita De Assis Teodoro**

**Almada**

**2023**



EGAS MONIZ SCHOOL  
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
EGAS MONIZ

## **MESTRADO EM ENFERMAGEM**

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

### **ESTUDO DE CASO**

PESSOA COM ALTERAÇÃO CEREBRAL EM BUSCA DA  
RECUPERAÇÃO DA MARCHA

**Joana Rita De Assis Teodoro**

**Docente Orientador: Júlio Fernandes**

**Almada**

**2023**



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

Bpm- batimentos por minuto

CIPE- Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem

Cpm- ciclos por minuto

ECG- Eletrocardiograma

EEB- Escala de Equilíbrio de Berg

EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EQM- Escala de Quedas de Morse

MIF- Escala de Medida de Independência Funcional

MmHg- milímetros de mercúrio

MRC- Medical Research Council

RM CE- Ressonância Magnética Crânio-encefálica

SpO<sub>2</sub>- Saturações Periféricas de oxigénio

TAC CE- Tomografia computadorizada Crânio-encefálica



## ÍNDICE

Introdução .....	1
1. Colheita de Dados .....	3
2. Exame Físico .....	4
3. Avaliação da Função Respiratória .....	5
4. Avaliação Neurológica .....	5
4.1. Estado Mental.....	5
4.2. Pares Cranianos.....	6
5. Avaliação da Motricidade.....	9
5.1. Força Muscular .....	9
5.2. Tônus Muscular.....	11
5.3. Coordenação motora .....	12
5.4. Sensibilidade .....	13
5.5. Equilíbrio Corporal associado ao Risco de Queda .....	13
5.6. Avaliação da Marcha.....	15
6. Avaliação do grau de dependência no autocuidado .....	16
7. Plano de Cuidados.....	18
7.1. Análise de acordo com a Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Orem 18	
7.2. Plano de Cuidados do senhor JC .....	21
Conclusão .....	35
Referências Bibliográficas .....	36
Anexos .....	38
Anexo 1- Escala de Borg modificada .....	38
Anexo 2- Escala de Coma de Glasgow .....	38
Anexo 3- Escala de Força Muscular MRC .....	39
Anexo 4- Escala Modificada de Ashworth.....	39
Anexo 5- Escala de Equilíbrio de Berg.....	40
Anexo 6- Escala de Quedas de Morse .....	40
Anexo 7- Categorias Funcionais de Marcha.....	41
Anexo 8- Índice de Barthel.....	42
Anexo 9- Escala de MIF .....	43



## INTRODUÇÃO

Este estudo de caso será elaborado no âmbito do 1.º Ensino Clínico, no 2.º Semestre do 1.º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

A Enfermagem de Reabilitação compreende um conjunto de conhecimentos diferenciados e procedimentos específicos que permitem ganhos em saúde em todos os contextos da sua prática, possibilita a prevenção de incapacidades e a recuperação das aptidões pessoais, contribuindo para a independência e a máxima satisfação da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) destaca-se profissionalmente através do elevado nível de conhecimentos e experiência acrescida que lhe permitem tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação, melhorando o potencial da pessoa que cuida (Regulamento n.º 392/2019).

O estudo de caso aborda o tema da “Pessoa com alteração cerebral em busca da recuperação da marcha”, nome atribuído após conhecer o caso clínico em particular. O exemplo do senhor JC evidencia que é fundamental a recuperação de um ato rotineiro e automático no dia a dia, que foi perdido após uma alteração cerebral repentina e inesperada. Um dos seus principais objetivos desde o início do internamento foi poder voltar a andar pela rua e praticar o seu desporto preferido.

Deste modo e após nomear o tema escolhido, o principal objetivo deste estudo de caso é aplicar os conhecimentos científicos e teórico-práticos adquiridos ao longo do curso, através da avaliação de necessidades do senhor JC e do desenvolvimento do plano de cuidados de reabilitação baseado na Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Orem. O plano de cuidados de reabilitação é elaborado mediante a Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE) e o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.

Durante o processo de colheita de informações clínicas foram aplicados os princípios éticos e legais da profissão, garantindo a privacidade do senhor JC. Foi realizado um acompanhamento diário dos cuidados de enfermagem e consultado o processo clínico de modo a permitir o desenvolvimento do plano de cuidados de enfermagem de reabilitação baseado nas necessidades reais do senhor JC.



## 1. COLHEITA DE DADOS

<b>Identificação</b>	JC, 27 anos, sexo masculino, caucasiano. Natural de Braga.
<b>História de Vida atual</b>	Profissional de Cibersegurança, estudou Licenciatura em Lisboa, onde vive há 10 anos. Solteiro, vive com a namorada. Bons hábitos alimentares, praticante de Cross Training regularmente. Totalmente independente nas atividades de vida diária.
<b>História de Doença atual (05/05/2023)</b>	Segundo JC, em janeiro terão começado a surgir as cefaleias recorrentes e o 1.º episódio de convulsão. Recorre ao Centro Hospitalar de Lisboa Central por cefaleia de novo, onde terá sido transferido para o Hospital Garcia de Orta e internado no serviço de Neurocirurgia. À observação: Vígil, orientado e colaborante, sem défices motores, quadrantanopsia superior direita.
<b>Exames</b>	<u>Tomografia Computorizada Crânio-encefálica – TAC CE (06/05/2023)</u> : Lesão expansiva centrada na cisterna do gânglio de Gasser à esquerda, com extensão superior à região dos gânglios da base. Conteúdo hemorrágico no interior do ventrículo lateral esquerdo, sem hidrocefalia. <u>TAC CE e AngioTAC cerebral (07/05/2023)</u> : Desvio de 12mm das estruturas medianas para a direita. Deformação da artéria carótida interna esquerda cavernosa, desviada medialmente, e desvio anterior e superior da bifurcação carotídea e da artéria cerebral média esquerda a qual apresenta fluxo preservado. Não são visualizadas aneurismas ou malformação vascular arteriovenosa. <u>Angiografia diagnóstica (08/05/2023)</u> : Sem formações aneurismáticas ou malformações vasculares de novo. <u>Eletrocardiograma- ECG (08/05/2023)</u> : Ritmo sinusal, normocárdico com 57 batimentos por minuto. <u>Radiografia do Tórax (08/05/2023)</u> : Sem alterações. <u>Ressonância Magnética Crânio-encefálica- RM CE (11/05/2023)</u> : Sinais de abordagem cirúrgica a lesão expansiva do seio cavernoso esquerdo conhecida. Difícil avaliação de eventual lesão residual no seio de lesão hemorrágica lenticular esquerda, no pé do lobo temporal esquerdo e mesiotemporal esquerda conhecida, associada a moderado edema vasogénico. Persistem sinais de hemorragia intraventricular no átrio e corno occipital do ventrículo lateral esquerdo sem hidrocefalia. Existe lesão vascular isquémica recente protuberancial anterior parassagital esquerda.
<b>Diagnóstico clínico</b>	Lesão extra-axial do seio cavernoso esquerdo, suspeita de Schwannoma do V par craniano, com hemorragia intralesional e rotura do ventrículo lateral esquerdo.
<b>Cirurgia (09/05/2023)</b>	Craniotomia pterional com extensão temporal e orbitotomia. Aspirada lesão hemorrágica. A componente intracavernosa e intraósseo menos hemorrágico, removido por aspiração. Não foi possível visualizar o III nervo esquerdo até se verificar a sua avulsão, a componente do nervo aparentemente dismórfico, mistura-se com o tumor. Remoção subtotal da lesão, com componente posterior e intraósseo mantido. Colocado dreno subgaleal.
<b>Resumo da evolução do internamento</b>	A evolução do internamento foi favorável. Manteve-se calmo e colaborante, sempre motivado a recuperar e a participar nos cuidados.



	A dia 11/05 foi avaliado pela Fisiatria, iniciou programa de reabilitação a 12/06. Sem intercorrências ao longo do internamento. Foi referenciado para integração no Centro de Reabilitação em Alcoitão. No dia 25/05 teve alta clínica. A 02/06 teve alta para domicílio a aguardar a integração em Alcoitão.
<b>Antecedentes de Saúde</b>	
<b>Antecedentes Pessoais</b>	Fimose na infância, operada; Lesão extra-axial do seio cavernoso esquerdo, suspeita de Schwannoma do V par craniano, seguido em Consulta de Neurocirurgia em Braga desde janeiro de 2023.
<b>Terapêutica habitual</b>	Levetiracetam 1gr, 2 vezes por dia, desde janeiro de 2023 até à data.
<b>Hábitos aditivos</b>	Nega hábitos aditivos.
<b>Alergias</b>	Sem alergias conhecidas.

## 2. EXAME FÍSICO

<b>Dados Antropométricos</b>	Peso: +- 70kg; Altura: 1,83 cm.
<b>Exame físico sumário (22/05/2023)</b>	<p>Consciente e orientado no tempo, espaço e pessoa.</p> <p>Eupneico em ar ambiente, com Frequência Respiratória de 12 ciclos por minuto (cpm) e Saturações Periféricas de oxigénio (SpO2) de 99%. Padrão respiratório misto, simétrico e regular de média amplitude.</p> <p>Tensão arterial: 118/64 milímetros de mercúrio (mmHg); Frequência cardíaca: 61 batimentos por minuto (bpm); Apirético com temperatura axilar de 36,1°C. Apresenta pele e mucosas descoradas e hidratadas. Sem lesões. Na cabeça apresenta sutura cirúrgica cicatrizada e exposta, pescoço sem alterações. Sem massas ou tumefações palpáveis.</p> <p>Tronco e membros de características normais.</p> <p>Apresenta cateter venoso periférico obturado no membro superior esquerdo.</p> <p>Urina no urinol/WC e evacua no WC diariamente.</p>

### 3. AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA

No sentido de avaliar a função respiratória do senhor JC, foi aplicada a Escala de Borg modificada<sup>13</sup> que avalia o grau de dispneia existente (Borg, 1982).

<b>Função Respiratória (22/05/2023)</b>	
<b>Inspeção</b>	Eupneico, respiração de média amplitude, padrão misto, ritmo regular, simétrico.
<b>Palpação</b>	Hemitoráx esquerdo e direito sem alterações.
<b>Percussão</b>	Presença de som claro pulmonar.
<b>Auscultação</b>	Murmúrio vesicular mantido, sem ruídos adventícios.
<b>Tosse</b>	Presença de tosse eficaz, sem secreções.
<b>Escala de Dispneia de Borg modificada</b>	Nenhuma dispneia (0).

### 4. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

#### 4.1. ESTADO MENTAL

Com o propósito de avaliar o estado mental do senhor JC, foi aplicada a Escala de Coma de Glasgow<sup>14</sup> (Teasdale & Jennett, 1974).

<b>Estado mental (22/05/2023)</b>	
<b>Estado de Consciência</b>	Vígil, score de 15 na Escala de Coma de Glasgow (Abertura ocular espontânea (4), resposta verbal (5), cumpre ordens (6)).
<b>Orientação</b>	Orientado, auto e alo psiquicamente.
<b>Atenção</b>	A capacidade de vigilância, tenacidade e concentração encontram-se mantidas.
<b>Memória</b>	A memória sensorial, imediata, recente e remota, não apresentam alterações.
<b>Linguagem</b>	Discurso espontâneo, compreensão, nomeação, repetição, leitura, linguagem elaborada e escrita sem alterações.
<b>Capacidades práxicas</b>	Mantém a capacidade de efetuar gestos simbólicos (ex: sinal da cruz), ou icônicos transitivos (ex: beber água pela garrafa) e icônicos intransitivos (ex: assobiar).
<b>Negligência hemiespacial unilateral</b>	Ausência de <i>neglet</i> .

---

<sup>13</sup> Anexo 1

<sup>14</sup> Anexo 2



## 4.2. PARES CRANIANOS

Pares Cranianos (22/05/2023)					
N.º	Nervo	Função	Componente	Teste	Avaliação
I	Olfativo	Olfato	Sensitivo	Pessoa com olhos fechados. Avaliado bilateralmente. Coloquei objetos com cheiro facilmente identificável junto da narina- café e perfume.	Sem alterações.
II	Ótico	Visão	Sensitivo	Olho fechado alternadamente. Avaliado bilateralmente. <u>Acuidade visual:</u> Pedi a contagem de dedos junto do olho, a 3 e 6 metros de distância. <u>Campo de visão:</u> Pedi que acompanhasse o meu dedo indicador enquanto o deslocava da periferia para o centro visual, solicitei que indicasse quando o deixava de ver.	Detetei a presença de quadrantanopsia superior direita.
III	Óculomotor	Miose, elevação da pálpebra superior, elevação, abaixamento e adução do olho	Motor	Foram avaliados em conjunto o III, IV e VI pares cranianos. Avaliação efetuada com ambiente escurecido. Incidi a luz da lanterna, do canto externo para o interno de cada olho. Detetei a reação, tamanho e forma das pupilas. Fiz movimentos simples em forma de H e pedi à pessoa que	Presença de midríase (7mm) no olho esquerdo, diâmetro normal (4mm) da pupila no olho direito. Ambas as pupilas com forma redonda. Anisocoria à esquerda (reação lenta à luz) com ptose palpebral. Excluído estrabismo.
IV	Patético	Motricidade do músculo oblíquo superior do bulbo do olho - rotação do olho			



VI	Motor ocular externo	Motricidade do músculo reto lateral do bulbo do olho – abdução do olho		seguisse o percurso do dedo.	
V	Trigémeo	Controlo dos movimentos da mastigação (ramo motor) Percepções sensoriais da face, seios da face e dentes (ramo sensorial)	Sensitivo e motor	Pediu-se à pessoa para fechar os olhos. Foi testada a sensibilidade tátil, térmica e dolorosa na divisão oftálmica, maxilar e mandibular, bilateralmente. Foi testado o reflexo córneo-palpebral com algodão. Avaliada a capacidade para encerrar e mover a mandíbula bilateralmente e a simetria dos movimentos de mastigação.	Sensibilidade tátil, térmica e dolorosa mantida nas três divisões do nervo. Reflexo córneo-palpebral mantido no olho direito e esquerdo (existe lacrimejo e pestanejo). Capacidade para encerrar e mover a mandíbula mantido no lado esquerdo e direito. Movimentos de mastigação mantidos simetricamente.
VII	Facial	Controlo dos músculos faciais – mimica facial (ramo motor) Percepção gustativa no terço anterior da língua (ramo sensorial)	Sensitivo e motor	Avaliada a simetria facial e apagamento do sulco nasogeniano. Avaliada a dificuldade em manter saliva ou alimentos na cavidade oral. Avaliada a presença dos movimentos e expressão facial (sorrir, franzir o sobrolho com encerramento firme das pálpebras). Avaliada a capacidade de reconhecer sabores como doce, salgado e	Presença de paralisia facial central direita com ligeiro apagamento do sulco nasogeniano. Sem dificuldade em manter saliva ou alimentos na cavidade oral. Quando sorriu verificou-se uma ligeira assimetria à direita. Conseguiu franzir o sobrolho e encerrar ambas as pálpebras. Reconheceu todos os sabores sem dificuldades.



				amargo nos dois terços anteriores da língua.	
VIII	Estato-acústico	Vestibular: orientação e movimento. Coclear: audição.	Sensitivo	<u>Divisão coclear:</u> Avaliado bilateralmente. Utilizei um relógio com som dos ponteiros e pedi que identificasse o som a várias distâncias (0,5m e 4m). <u>Divisão vestibular:</u> Testado o equilíbrio dinâmico e estático sentado e em ortostatismo.	Sem alterações na divisão coclear. Verificado equilíbrio estático e dinâmico sentado, desequilíbrio estático e dinâmico em pé. Incapacidade de realizar teste de Rinner e de Weber.
IX	Glossofaríngeo	Percepção gustativa no terço posterior da língua, percepções sensoriais da faringe, laringe e palato.	Sensitivo e motor	Avaliada a capacidade de reconhecer sabores como doce ou salgado no terço posterior da língua.	Sem alterações.
X	Vago	Percepções sensoriais da orelha, faringe, laringe, tórax e vísceras. Inervação das vísceras torácicas e abdominais	Sensitivo e motor	Avaliada a presença do reflexo de vômito. Verificado se apresentava alteração no tom de voz, fadiga vocal, tosse ineficaz ou odinofagia.	Sem alterações.
XI	Espinhal	Controlo motor da faringe, laringe, palato, dos músculos esternocleido mastóideo e	Motor	Avaliada a capacidade de elevação dos ombros e lateralizar a cabeça bilateralmente, contra a resistência das minhas mãos.	Apresenta controlo motor da musculatura cervical. Apresenta força de grau 0 (Escala de Força Muscular Medical Research Council-MRC) no membro

		trapézio – rotação e inclinação da cabeça.			superior direito e grau 5 no membro superior esquerdo.
XII	Grande hipoglosso	Motricidade dos músculos da língua (mastigação, deglutição e articulação das palavras	Motor	Avaliados os movimentos da língua com e sem resistência da espátula.	Sem alterações.

## 5. AVALIAÇÃO DA MOTRICIDADE

### 5.1. FORÇA MUSCULAR

No sentido de avaliar a força muscular do senhor JC, foi aplicada a Escala de Força Muscular MRC<sup>15</sup> (Medical Research Council, 1976).

Segmentos	Movimentos	Força Muscular		Força Muscular		Força Muscular		Força Muscular	
		22/05		25/05		31/05		02/06	
		Lado esquerdo	Lado direito	Lado esquerdo	Lado direito	Lado esquerdo	Lado direito	Lado esquerdo	Lado direito
Cabeça e pescoço	Flexão	5		5		5		5	
	Extensão								
	Inclinação direita								
	Inclinação esquerda								
	Rotação								
Escapulo- umeral	Flexão	5	0	5	0	5	1	5	2
	Extensão	5	0	5	0	5	1	5	2
	Adução	5	0	5	0	5	1	5	2
	Abdução	5	0	5	0	5	1	5	2
	Rotação interna	5	0	5	0	5	1	5	2
	Rotação externa	5	0	5	0	5	1	5	2
Cotovelo	Flexão	5	0	5	0	5	1	5	2
	Extensão	5	0	5	0	5	1	5	2
Antebraço	Pronação	5	0	5	0	5	1	5	2

	Supinação	5	0	5	0	5	1	5	2
Punho	Flexão	5	0	5	0	5	1	5	2
	Extensão	5	0	5	0	5	1	5	2
	Desvio cubital	5	0	5	0	5	1	5	2
	Desvio radial	5	0	5	0	5	1	5	2
Dedos da mão	Flexão	5	0	5	0	5	1	5	2
	Extensão	5	0	5	0	5	1	5	2
	Adução	5	0	5	0	5	1	5	2
	Abdução	5	0	5	0	5	1	5	2
	Oponência	5	0	5	0	5	1	5	2
Coxo-femoral	Flexão	5	3	5	3	5	4	5	5
	Extensão	5	3	5	3	5	4	5	5
	Adução	5	3	5	3	5	4	5	5
	Abdução	5	3	5	3	5	4	5	5
	Rotação interna	5	3	5	3	5	4	5	5
	Rotação externa	5	3	5	3	5	4	5	5
Joelho	Flexão	5	3	5	3	5	4	5	5
	Extensão	5	3	5	3	5	4	5	5
Tibiotársica	Flexão	5	3	5	3	5	4	5	5
	Extensão	5	3	5	3	5	4	5	5
	Inversão	5	3	5	3	5	4	5	5
	Eversão	5	3	5	3	5	4	5	5
Dedos dos pés	Flexão	5	3	5	3	5	4	5	5
	Extensão	5	3	5	3	5	4	5	5
	Adução	5	3	5	3	5	4	5	5
	Abdução	5	3	5	3	5	4	5	5

## 5.2. TÓNUS MUSCULAR

No sentido de avaliar o tónus muscular do senhor JC, foi aplicada a Escala Modificada de Ashworth<sup>16</sup> (Bohannon & Smith, 1987).

Segmentos	Movimentos	Tónus Muscular		Tónus Muscular	
		22/05 e 25/05		31/05 e 02/06	
		Lado esquerdo	Lado direito	Lado esquerdo	Lado direito
Cabeça e pescoço	Flexão	0		0	
	Extensão				
	Inclinação direita				
	Inclinação esquerda				



	Rotação			
Escapulo-umeral	Flexão	0	hipotonia	0
	Extensão	0	hipotonia	0
	Adução	0	hipotonia	0
	Abdução	0	hipotonia	0
	Rotação interna	0	hipotonia	0
	Rotação externa	0	hipotonia	0
Cotovelo	Flexão	0	hipotonia	0
	Extensão	0	hipotonia	0
Antebraço	Pronação	0	hipotonia	0
	Supinação	0	hipotonia	0
Punho	Flexão	0	hipotonia	0
	Extensão	0	hipotonia	0
	Desvio cubital	0	hipotonia	0
	Desvio radial	0	hipotonia	0
Dedos da mão	Flexão	0	hipotonia	0
	Extensão	0	hipotonia	0
	Adução	0	hipotonia	0
	Abdução	0	hipotonia	
	Oponência	0	hipotonia	0
Coxo- femoral	Flexão	0		0
	Extensão	0		0
	Adução	0		0
	Abdução	0		0
	Rotação interna	0		0



	Rotação externa	0	0
Joelho	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
Tibiotársica	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
	Inversão	0	0
	Eversão	0	0
Dedos dos pés	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
	Adução	0	0
	Abdução	0	0

### 5.3. COORDENAÇÃO MOTORA

Como forma de avaliar a coordenação motora do senhor JC, foi aplicada a prova Índice-nariz e prova Calcanhar-joelho (Menoita et al., 2012).

Coordenação motora	
<b>22/05 e 25/05</b>	Provas realizadas de olhos abertos e fechados. Através da prova Índice-nariz verificou-se que a pessoa apresenta uma hipometria no membro superior direito, enquanto no membro superior esquerdo não apresenta alteração. Na prova Calcanhar-joelho, apresenta dismetria no membro inferior direito, sem dificuldades no membro inferior esquerdo.
<b>31/05 e 02/06</b>	Mantém a avaliação da prova Índice-nariz. Na prova Calcanhar-joelho não apresenta dificuldades.

### 5.4. SENSIBILIDADE

No dia 22/05/2023 foi avaliada a sensibilidade corporal do senhor JC (Menoita et al., 2012).

Sensibilidade 22/5 a 02/06		Face		Tronco	Membros Superiores		Membros Inferiores	
		Lado direito	Lado esquerdo		Lado direito	Lado esquerdo	Lado direito	Lado esquerdo
<b>Superficial</b>	<b>Tátil</b>	P	P	P	P	P	P	P
	<b>Térmica</b>	P	P	P	P	P	P	P
	<b>Dolorosa</b>	P	P	P	P	P	P	P

<b>Profunda</b>	Presente. Barestesia, batiestesia e esteriognosia sem alterações. Não foi possível avaliar a palestesia.
<b>Legenda: P (presente); D (diminuído).</b>	

## 5.5. EQUILÍBRIO CORPORAL ASSOCIADO AO RISCO DE QUEDA

No sentido de avaliar o equilíbrio corporal do JC, foi aplicada a Escala de Equilíbrio de Berg- EEB<sup>17</sup> (Berg et al., 1992) que avalia o equilíbrio funcional, estático e dinâmico e permite prever o risco de queda associado, avaliado através da Escala de Quedas de Morse- EQM<sup>18</sup> (Norma n.º 008/2019, pp 1-17).

	22/05		25/05		31/05 e 02/06	
	Sentado	Ortostatismo	Sentado	Ortostatismo	Sentado	Ortostatismo
	<b>Equilíbrio funcional</b>	Presente equilíbrio estático e dinâmico.	Ausente equilíbrio estático e dinâmico. Incapaz de realizar teste de Romberg Barré e o teste de apoio monopodal.	Presente equilíbrio estático e dinâmico.	Presente equilíbrio estático e ausente dinâmico.	Presente equilíbrio estático e dinâmico

Escala de Equilíbrio de Berg				
Descrição dos itens	22/05	25/05	31/05	02/06
1) Posição sentada para posição em pé	2	3	4	4
2) Permanecer em pé sem apoio	1	2	4	4
3) Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho	4	4	4	4
4) Posição em pé para posição sentada	2	3	4	4
5) Transferências	1	2	4	4
6) Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados	1	2	4	4
7) Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos	1	2	4	4
8) Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé.	0	2	4	4
9) Apanhar um objeto do chão a partir da posição em pé.	0	1	3	4

<sup>17</sup> Anexo 5

<sup>18</sup> Anexo 6



10) Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé.	0	2	4	4
11) Girar 360 graus	0	1	3	4
12) Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio	0	1	3	4
13) Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente	0	1	3	4
14) Permanecer em pé sobre uma perna	0	1	3	4
TOTAL	12/56	27/56	51/56	56/56
CONCLUSÃO	Equilíbrio diminuído; Elevado risco de queda.	Equilíbrio médio; Médio risco de queda.	Equilíbrio bom; Baixo risco de queda.	Equilíbrio bom; Baixo risco de queda
<b>Legenda: 0 - incapaz de executar, 4 - capaz de executar de forma independente) obtendo um score total de 56 pontos.</b>				

Escala de Quedas de Morse				
Item	22/05	25/05	31/05	02/06
1. História de Quedas, no internamento ou nos últimos 3 meses. Não Sim	0 0	0 0	0 0	0 0
2. Diagnósticos secundários Não Sim	15 15	15 15	15 15	15 15
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andarilho Apoia-se no mobiliário para andar	0 0	0 0	0 0	0 0
4. Terapia intravenosa Não Sim	20 20	20 20	0 0	0 0
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilitado Dependente de ajuda	20 20	10 10	0 0	0 0
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0 0	0 0	0 0	0 0
TOTAL	55	45	15	15
CONCLUSÃO	Alto risco de queda	Baixo risco de queda	Sem risco de queda	Sem risco de queda

## 5.6. AVALIAÇÃO DA MARCHA

Para a avaliação da marcha do senhor JC, utilizou-se como auxílio o método das Categorias Funcionais de Marcha (Holden et al., 1986) que permitem a categorização detalhada do suporte físico necessário às pessoas que executam a marcha<sup>19</sup>.

Categorias Funcionais de Marcha					
Definição	Categoria	22/05	25/05	31/05	02/06
O indivíduo não pode andar ou requer suporte de duas ou mais pessoas	0	X			
O indivíduo precisa de suporte contínuo de uma pessoa que ajude com o seu peso e equilíbrio	1				
O indivíduo é dependente com suportes contínuos ou intermitentes com uma pessoa auxiliando no equilíbrio ou coordenação	2		X		
O indivíduo precisa de apenas supervisão verbal	3				
O suporte é requerido para escadas e superfícies irregulares	4			X	
O indivíduo pode andar independentemente em qualquer lugar	5				X

## 6. AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO

No sentido de avaliar o grau de dependência no autocuidado, recorreu-se à utilização do Índice de Barthel<sup>20</sup> (Mahoney & Barthel, 1965) e à Escala de Medida de Independência Funcional-MIF<sup>21</sup> (Granger et al., 1986).

Índice de Barthel		22/05	25/05	31/05	02/06
Alimentação	0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc. 10 = Independente (a comida é providenciada)	5	10	10	10
Transferências	0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se				

<sup>19</sup> Anexo 7

<sup>20</sup> Anexo 8

<sup>21</sup> Anexo 9



	5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se 10 = Pequena ajuda (verbal ou física) 15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas).	5	10	15	15
Higiene Pessoal	0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal 5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)	0	5	5	5
Utilização de Casa de banho	0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho 10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)	0	5	10	10
Tomar banho	0 = Dependente 5 = Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)	0	0	5	5
Mobilidade	0 = Imobilizado 5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc. 10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física) 15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)	5	5	10	15
Subir e descer escadas	0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão 10 = Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala)	0	0	5	10
Vestir	0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda 10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)	5	5	10	10
Controlo Intestinal	0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres) 5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana) 10 = Contigente (não apresenta episódios de incontinência)	10	10	10	10
Controlo Vesical	0 = Incontinente ou algaliado 5 = Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas) 10 = Contigente (por mais de 7 dias)	10	10	10	10
<b>Interpretação do Resultado</b>	100 pontos - totalmente independente 99 a 76 pontos - dependência leve 75 a 51 pontos - dependência moderada 50 a 26 pontos - dependência severa 25 e menos pontos - dependência total	40	60	90	100



Escala de MIF				
Autocuidado	22/05	25/05	31/05	02/06
A - Alimentação	6	7	7	7
B - Higiene pessoal	3	4	5	6
C - Banho	2	4	5	6
D - Vestir metade superior	2	4	6	7
E - Vestir metade inferior	3	4	6	7
F - Utilização da sanita	2	4	6	6
<b>Controlo de Esfíncteres</b>				
G - Vesical	7	7	7	7
H - Intestinal	7	7	7	7
<b>Transferência</b>				
I - Cama, cadeira, cadeira de rodas	2	4	5	7
J - Sanitário	2	4	5	7
K - Banheira, duche	2	4	6	6
<b>Locomoção</b>				
L - Marcha, cadeira de rodas	2	4	5	7
M - Escadas	N/A	N/A	4	6
<b>Comunicação</b>				
N - Compreensão	7	7	7	7
O - Expressão	7	7	7	7
<b>Cognição Social</b>				
P - Interação social	7	7	7	7
Q - Resolução de problemas	7	7	7	7
R - Memória	7	7	7	7
<b>TOTAL</b>	75	92	109	121

## 7. PLANO DE CUIDADOS

### 7.1. ANÁLISE DE ACORDO COM A TEORIA DOS SISTEMAS DE ENFERMAGEM DE OREM

Orem (2001) descreve o autocuidado como sendo a realização de ações necessárias para proteger, manter e promover o bem-estar pessoal. O autocuidado é praticado quando a pessoa aprende, adapta-se e desenvolve estratégias de ação que a permitem cuidar de si própria, neste contexto designa-se como agente de autocuidado.

Quando a pessoa não tem a capacidade de autocuidado e necessita que esse autocuidado seja realizado por pessoas com responsabilidades sociais que aceitam e assumem esses cuidados, designa-se como agente dependente de cuidados. Quando esses



cuidados resultam da ação profissional dos enfermeiros, esses são denominados de agentes terapêuticos de autocuidado (Orem, 2001).

Na teoria dos sistemas de enfermagem, Orem (2001) defende que a enfermagem é ação humana, isto é, os sistemas de enfermagem são sistemas de ação criados por enfermeiros através da sua prática profissional para pessoas com limitações ou dependência no autocuidado, derivadas ou associadas à saúde. O enfermeiro apresenta autonomia para diagnosticar, prescrever e regular sistemas inerentes à pessoa que cuida.

Orem em 1995, completa a sua teoria através do desenvolvimento de três sistemas básicos de enfermagem:

- Sistema de enfermagem totalmente compensatório- a ação é exclusivamente do enfermeiro para concretizar o autocuidado terapêutico da pessoa, compensar a incapacidade desta em realizar o autocuidado e apoiar, protegendo-a;
- Sistema de enfermagem parcialmente compensatório- a ação do enfermeiro centra-se na execução de algumas medidas de autocuidado da pessoa, compensa as suas limitações e assiste-a sempre que necessita, regulando as atividades de autocuidado praticadas, existe ação da pessoa para execução de algumas medidas de autocuidado, regular as suas atividades e aceitar a colaboração do enfermeiro;
- Sistema de enfermagem apoio-educação- a ação do enfermeiro é somente regular o exercício e as atividades que a pessoa pratica, enquanto que a pessoa executa-as e regula as suas tarefas de forma mais autónoma.

Tendo por base a avaliação previamente realizada sobre o senhor JC, pode-se nomear os seguintes objetivos para o plano de cuidados de reabilitação:

- Promover a estimulação neuro sensorial em cada sessão diária;
- Desenvolver a prática de reeducação funcional respiratória e motora adequada ao senhor JC;
- Aumentar o ganho de força muscular no hemicorpo direito e potenciar a força do hemicorpo esquerdo através de exercícios passivos, ativos assistidos e ativos resistidos;
- Desenvolver o equilíbrio estático e dinâmico sentado e em posição ortostática;
- Realizar exercícios que aumentem a coordenação motora;
- Iniciar a marcha, treinar e instruir o senhor para a marcha mais adequada;
- Promover o ganho gradual de independência nos autocuidados e programa de reabilitação;
- Reduzir o risco de queda existente.



## 7.2. PLANO DE CUIDADOS DO SENHOR JC

DIAGNÓSTICO	OBJETIVOS	INTERVENÇÕES DO EEER	AVALIAÇÃO
<b>22/05/2023</b>  Movimento Muscular comprometido:  Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular;  Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício	Movimento muscular aumentado:  Melhorar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular;  Melhorar a capacidade de executar técnicas de exercício muscular e articular;	Avaliar e monitorizar a força muscular ao longo do programa de reabilitação, utilizando a Escala de Força Muscular MRC;  Avaliar o conhecimento sobre exercícios musculares e articulares;  Avaliar a capacidade para executar exercícios musculares e articulares;  Executar técnica de exercício muscular e articular passivo, ativo-assistido, ativo resistido de todos os segmentos do hemicorpo direito (mais afetado) e exercício muscular e articular ativo resistido do hemicorpo esquerdo;	<b>22/05/2023</b>  Avaliada a força muscular do senhor JC, através da Escala MRC. Apresenta força de grau 0 no membro superior direito, força de grau 3 no membro inferior direito e força de grau 5 no hemicorpo esquerdo, apresentou ptose palpebral à esquerda;  O senhor encontrava-se motivado para aprender, executar e treinar o máximo possível para recuperar força muscular;  Sem conhecimento sobre exercícios musculares e articulares, contudo, foi-lhe explicado os exercícios que pode fazer (auto mobilização, flexão/extensão e outros) e mostrou-se recetivo a executá-los;  Executados exercícios musculares e articulares passivos no membro superior direito, exercícios musculares e articulares ativos assistidos e resistidos (força aplicada pelo estudante) no membro inferior direito, exercícios musculares e articulares ativos resistidos no



<p>muscular e articular;</p> <p><b><u>Sistema de enfermagem parcialmente compensatório</u></b></p>		<p>Ensinar, instruir e treinar a pessoa para a execução autónoma de exercícios musculares e articulares (auto mobilização com apoio do hemicorpo menos afetado, abdução/adução, rotação e oponência dos dedos, flexão/extensão do cotovelo e ombro, flexão/extensão do joelho e da coxa, dorsiflexão/flexão plantar, exercício de agachamento, fortalecimento muscular e de motricidade fina);</p> <p>Utilizar equipamentos/materiais comuns (garrafa de água, soro de 1l) para o ganho de força e resistência muscular e articular;</p> <p>Colaborar e auxiliar o EEER (especialista na aplicação de bandas neuromusculares) no tratamento com aplicação de bandas neuromusculares no membro superior direito (25/5 e 31/5);</p>	<p>hemicorpo esquerdo e exercícios ativos assistidos na região periorbital;</p> <p><b>25/05/2023</b></p> <p>Força muscular de grau 0 no membro superior direito, força de grau 3 no membro inferior direito e força de grau 5 no hemicorpo esquerdo, apresentou ptose palpebral à esquerda;</p> <p>Conseguiu autonomamente executar auto mobilização no leito e sentado, executar a maioria dos exercícios com resistência (força aplicado pelo estudante e garrafa de água) no hemicorpo esquerdo, consegue executar exercícios ativos assistidos com o membro inferior direito e exercícios ativos assistidos na região periorbital;</p> <p>Incentivado a praticar os exercícios ao longo do dia, além das sessões de reabilitação;</p> <p>Foram aplicadas as bandas neuromusculares no membro superior esquerdo, que não interferem no programa de reabilitação aplicado;</p> <p><b>31/05/2023</b></p>
--	--	---	---



			<p>Força muscular de grau 1 no membro superior direito, força de grau 4 no membro inferior direito e força de grau 5 no hemicorpo esquerdo, apresentou ptose palpebral à esquerda;</p> <p>Conseguiu autonomamente executar exercícios musculares e articulares ativos resistidos (força aplicada pelo estudante, soro de 1 litro) com o hemicorpo esquerdo, alguns exercícios ativos assistidos e resistidos com o membro inferior direito.</p> <p>Realizados exercícios de cadeia cinética aberta e fechada no corrimão no corredor do serviço (agachamento) com apoio unilateral;</p> <p>Treino de subir e descer escadas (1 lanço de escadas) com apoio no corrimão e apoio unilateral do estudante, com tolerância;</p> <p>Foram substituídas as bandas neuromusculares no membro superior esquerdo;</p> <p><b>02/06/2023</b></p> <p>Força muscular de grau 2 no membro superior direito, força de grau 5 no membro inferior direito e força de grau 5 no hemicorpo esquerdo, apresentou ptose palpebral à esquerda ligeiramente melhorada em comparação ao início do programa de reabilitação;</p>
--	--	--	---

			<p>Conseguiu autonomamente executar exercícios musculares e articulares ativos resistidos no hemicorpo esquerdo e membro inferior direito, exercícios ativos assistidos no membro superior direito, realizou exercícios ativos assistidos na região periorbital;</p> <p>Realizados exercícios de cadeia cinética aberta e fechada no corrimão no corredor do serviço (agachamento) com supervisão do estudante, autónomo;</p> <p>Treino de subir e descer escadas (2 lanços de escadas) com apoio no corrimão, com supervisão do estudante, com tolerância;</p>
<p><b>22/05/2023</b></p> <p>Parésia presente na face, lado direito:</p> <p>Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício</p>	<p>Parésia presente na face, lado direito:</p> <p>Melhorar o conhecimento sobre técnicas de exercício</p>	<p>Vigiar parésia facial do lado direito, observando se existe apagamento do sulco nasogeniano, desvio da comissura labial, diminuição do movimento muscular da face e movimento dos lábios;</p> <p>Avaliar o conhecimento sobre exercícios musculares e articulares;</p>	<p><b>22/05/2023</b></p> <p>Apresentou ligeira parésia facial do lado direito, com ligeiro apagamento do sulco nasogeniano, ligeiro desvio da comissura labial e diminuição do movimento muscular da face e dos lábios;</p> <p>O senhor mostrou-se motivado para aprender, executar e treinar o máximo possível para recuperar o movimento muscular da face lado direito;</p>

<p>muscular e articular;</p> <p>Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular;</p> <p><b><u>Sistema de enfermagem parcialmente compensatório</u></b></p>	<p>muscular e articular;</p> <p>Melhorar a capacidade de executar técnicas de exercício muscular e articular;</p>	<p>Avaliar a capacidade para executar exercícios musculares e articulares;</p> <p>Executar exercício muscular e articular passivo e técnica de massagem terapêutica na face;</p> <p>Aplicar gelo na face por períodos, como estimulante neuromuscular;</p> <p>Supervisionar o ato de mastigar durante a refeição;</p> <p>Ensinar, instruir e treinar a pessoa para a execução autónoma de exercícios musculares e articulares (auto mobilização com apoio do hemicorpo menos afetado, abdução/adução, rotação e oponência dos dedos, flexão/extensão do cotovelo e ombro, flexão/extensão do joelho e da coxa, dorsiflexão/flexão plantar, exercício de agachamento, fortalecimento muscular e de motricidade fina);</p>	<p>Sem conhecimento sobre exercícios musculares e articulares, foi exemplificado os exercícios passivos que poderia fazer em frente ao espelho;</p> <p>Foi aplicado gelo local na face do lado direito, por um período para estimulação neuromuscular;</p> <p><b>25/05/2023</b></p> <p>Apresentou ligeira parésia facial do lado direito, com ligeiro apagamento do sulco nasogeniano, mas sem desvio da comissura labial e com movimento muscular da face e lábios mantidos;</p> <p>O senhor conseguiu autonomamente realizar todos os exercícios ensinados, utilizando espelho pessoal;</p> <p><b>31/05/2023</b></p> <p>Verifica-se ausência de parésia facial.</p> <p><b>02/06/2023</b></p> <p>Verifica-se ausência de parésia facial.</p>
--	---	--	---



		Utilizar um espelho portátil ou o espelho existente no quarto, para que a pessoa possa olhar e exercitar-se olhando para a face;	
<b>22/05/2023</b>			<b>22/05/2023</b>
Equilíbrio corporal comprometido:	Equilíbrio corporal comprometido:	Avaliar e monitorizar o equilíbrio corporal, através da Escala de Berg (equilíbrio estático sentado e ortostático, equilíbrio dinâmico sentado e ortostático, se apresenta posições viciosas, deformidades da coluna, dismetria dedo/nariz, dismetria calcanhar/joelho, se suporta a peso corporal em diferentes posições);	Apresentou equilíbrio estático e dinâmico sentado, mas não apresentou equilíbrio estático e dinâmico em posição ortostática, tinha uma diminuição do equilíbrio (score 12/56 na Escala de Berg);
Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal;	Melhorar o conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal;	Avaliar o conhecimento da pessoa sobre técnica de equilíbrio corporal;	Apresentou descoordenação motora, com hipometria na avaliação dedo/nariz do lado direito, dismetria calcanhar/joelho do lado direito;
Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal;	Melhorar a capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal;	Avaliar a capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal;	Executados exercícios de facilitação cruzada no leito;
		Executar técnica de treino de equilíbrio corporal (alternância de carga nos membros superiores e inferiores, apoio unipodal,	Conseguiu realizar marcha com apoio bilateral numa pequena distância (2 m), contudo adota a posição viciosa de elevar ombro esquerdo para tentar compensar o lado direito;
			Não demonstrou conhecimento sobre técnicas de equilíbrio corporal, mas demonstra interesse e motivação para aprender, executar e melhorar o equilíbrio corporal, dispõe de roupa e calçado adequado;



<p><b><u>Sistema de enfermagem parcialmente compensatório</u></b></p>		<p>contorno de obstáculos, exercícios de coordenação motora e facilitação cruzada);</p> <p>Estimular o equilíbrio corporal através da correção postural diariamente;</p> <p>Ensinar, instruir e treinar a pessoa para a execução autónoma da técnica de treino de equilíbrio corporal, em segurança, utilizando roupa e calçado adequado;</p>	<p><b>25/05/2023</b></p> <p>Apresentou equilíbrio estático e dinâmico sentado, apresentou equilíbrio estático, mas não apresentou dinâmico em posição ortostática, com médio equilíbrio (score 33/56 na Escala de Berg);</p> <p>Apresentou descoordenação motora, com hipometria na avaliação dedo/nariz do lado direito, mas já não apresentou dismetria calcanhar/joelho do lado direito;</p> <p>Conseguiu realizar marcha com apoio unilateral do lado direito (5m), foi incentivado à correção postural;</p> <p>Executados exercícios de coordenação motora com alternância de carga nos membros inferiores, apoio com membros superiores no corrimão no corredor do serviço;</p> <p><b>31/05/2023</b></p> <p>Apresentou equilíbrio estático e dinâmico sentado e em posição ortostática, com um bom equilíbrio (score 54/56 na Escala de Berg);</p> <p>Manteve a descoordenação do membro superior direito por hipometria, mas sem outras alterações;</p>
---	--	---	--



			<p>Conseguiu executar exercícios de cadeia cinética aberta e fechada no corrimão do corredor do serviço, apoio unipodal e contornar obstáculos como carro de terapêutica, monitores de sinais vitais;</p> <p>Realizou treino de marcha com supervisão do estudante, mantendo a correção postural;</p> <p><b>02/06/2023</b></p> <p>Apresentou equilíbrio estático e dinâmico sentado e em posição ortostática, com um bom equilíbrio (score 55/56 na Escala de Berg);</p> <p>Manteve a descoordenação do membro superior direito por hipometria, mas sem outras alterações;</p> <p>Conseguiu executar os exercícios ensinados e treinados de forma autónoma. Realizou treino de marcha e subiu/desceu escadas com apoio no corrimão e supervisão do estudante;</p>
<b>22/05/2023</b>			<b>22/05/2023</b>
Visão comprometida;	Promover a adaptação às	Avaliar as alterações do campo visual;	Apresentou quadrantanopsia superior direita. Mostrou-se motivado para aprender os exercícios que o permitissem melhorar;

<p><b><u>Sistema de enfermagem apoio- educação</u></b></p>	<p>limitações do campo visual;</p> <p>Providenciar apoio na readaptação à imagem pessoal;</p>	<p>Ensinar, instruir e treinar a pessoa para a execução de exercícios de facilitação cruzada e técnica de varrimento para aumentar o campo visual;</p> <p>Desenvolver a perceção sensorial, através do olhar em frente ao espelho, a disposição estratégica de mobiliário ou objetos pessoais e a abordagem pelo lado afetado;</p>	<p>Demonstrou capacidade para executar exercícios de facilitação cruzada;</p> <p><b>25/05/2023</b></p> <p>Demonstrou capacidade para realizar exercícios de facilitação cruzada e técnica do varrimento para aumentar o campo visual, a abordagem dos objetos pessoais fez através do lado afetado;</p> <p><b>31/05/2023</b></p> <p>Mostrou-se independente na realização dos exercícios conhecidos. Referiu melhoria na readaptação do campo visual atual durante os autocuidados;</p> <p><b>02/06/2023</b></p> <p>A avaliação mostrou-se sobreponível à anteriormente realizada;</p>
<p><b>22/05/2023</b></p> <p>Andar comprometido:</p>	<p>Andar comprometido:</p>	<p>Avaliar a força muscular, utilizando a Escala de Força Muscular MRC;</p>	<p><b>22/05/2023</b></p> <p>Avaliada a força muscular, através da Escala de Força Muscular MRC. Apresenta força de grau 0 no membro superior direito, força de grau 3 no membro inferior direito e força de grau 5 no hemicorpo esquerdo;</p>



<p>Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para andar;</p> <p>Potencial para melhor capacidade para andar;</p> <p><b><u>Sistema de enfermagem parcialmente compensatório</u></b></p>	<p>Melhorar o conhecimento sobre a técnica para andar;</p> <p>Melhorar a capacidade para andar;</p> <p>Promover a capacidade para andar autonomamente;</p>	<p>Avaliar o tónus muscular, através da Escala Modificada de Ashworth;</p> <p>Avaliar a capacidade para a andar, através da Escala das Categorias Funcionais de Marcha;</p> <p>Avaliar o conhecimento sobre a técnica de adaptação para andar;</p> <p>Ensinar, instruir e treinar a técnica de andar;</p> <p>Ensinar, instruir e treinar o subir e descer escadas com apoio no corrimão;</p> <p>Ensinar, instruir e treinar o contorno de obstáculos durante o andar;</p> <p>Instruir sobre técnicas de posicionamento que promovem a correção postural;</p> <p>Incentivar e assistir no andar;</p>	<p>Apresentou tónus muscular sem alteração (0) nos membros inferiores e membro superior esquerdo, apresentou hipotonia no membro superior direito;</p> <p>Conseguiu andar uma curta distância de aproximadamente 2m com apoio bilateral, mostrou-se cansado, mas otimista para recuperar o andar autónomo, foi-lhe ensinada a técnica de dissociação dos tempos respiratórios que ajudou a reduzir a ansiedade e a recuperar do esforço;</p> <p><b>25/05/2023</b></p> <p>Força muscular de grau 0 no membro superior direito, força de grau 3 no membro inferior direito e força de grau 5 no hemicorpo esquerdo;</p> <p>Tónus muscular sem alteração nos membros inferiores e membro superior esquerdo, apresentou hipotonia no membro superior direito;</p> <p>Conseguiu andar uma curta distância de aproximadamente 5m com apoio unilateral, conseguiu utilizar a técnica de respiração adequada de forma a controlar o cansaço. Mostrou-se sempre motivado e</p>
--	--	---	---



	<p>Ensinar sobre a técnica respiratória (dissociação dos tempos respiratórios, respiração abdómen- diafragmática);</p> <p>Definir estratégias adaptativas ao esforço (determinar a distância a percorrer, definir momentos para repouso e recuperação);</p> <p>Treinar a tolerância ao esforço em pequenas (até 5m), médias (até 30m) e grandes distâncias (superior a 30m) e a subir e descer escadas;</p> <p>Ensinar sobre a importância de utilizar vestuário e calçado adequado (roupa ajustada ao corpo e prática, sapatos fechados e antiderrapantes);</p>	<p>recetivo a indicações do estudante, como manter a correção postural com o tronco alinhado, olhar sempre em frente;</p> <p>Utilizou ténis práticos, antiderrapantes e fato de treino adequado;</p> <p><b>31/05/2023</b></p> <p>Força muscular de grau 1 no membro superior direito, força de grau 4 no membro inferior direito e força de grau 5 no hemicorpo esquerdo;</p> <p>Tónus muscular sem alteração;</p> <p>Andou pelo corredor do serviço, evidenciando passadas eficazes a um ritmo controlado, numa distância superior a 30m, com apoio unilateral. Repousou por períodos curtos. Conseguiu subir e descer um lanço de escadas com apoio no corrimão e apoio do estudante, tolerou muito bem e mostrou-se feliz pela evolução;</p> <p><b>02/06/2023</b></p> <p>Força muscular de grau 2 no membro superior direito, força de grau 5 no membro inferior direito e força de grau 5 no hemicorpo esquerdo;</p>
--	--	--

			<p>Tónus muscular sem alteração;</p> <p>Mostrou uma grande evolução desde o primeiro dia. Andou eficazmente pelo corredor do serviço, 30m+ 30m com tolerância. Realizou treino de subir e descer escadas (2 lanços de escadas) com apoio no corrimão, com supervisão do estudante, com tolerância. Conseguiu contornar obstáculos existentes no serviço, carros de alimentação, monitores de sinais vitais, carros de terapêutica;</p> <p>Autónomo no controlo postural, marcha controlada e eficiente. Adequou os períodos de descanso às necessidades físicas durante o treino de marcha;</p>
<p><b>22/05/2023</b></p> <p>Transferir-se comprometido:</p> <p>Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de</p>	<p>Transferir-se comprometido:</p> <p>Melhorar conhecimento sobre a técnica de adaptação</p>	<p>Avaliar a capacidade de transferência da cama para cadeirão/cadeira de rodas/cadeira sanitária ou vice-versa;</p> <p>Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se;</p>	<p><b>22/05/2023</b></p> <p>Não conseguiu transferir-se sozinho da cama para cadeira sanitária, bem como da cadeira sanitária para o cadeirão, precisou de ajuda bilateral no ato da transferência;</p>



<p>adaptação para transferir-se;</p> <p><b><u>Sistema de enfermagem parcialmente compensatório</u></b></p>	<p>para transferir-se;</p> <p>Promover a transferência autónoma e em segurança;</p>	<p>Ensinar, instruir e treinar a técnica de transferência autónoma e em segurança;</p>	<p><b>25/05/2023</b></p> <p>Necessitou de ajuda unilateral para a transferência da cama para o cadeirão, cadeira sanitária e vice-versa;</p> <p><b>31/05/2023</b></p> <p>Conseguiu transferir-se autonomamente para a cadeira sanitária, cadeira de rodas e cama, foi supervisionado;</p> <p><b>02/06/2023</b></p> <p>Conseguiu transferir-se autonomamente e em segurança para a cadeira de rodas, cama, sem necessidade de supervisão;</p>
<p><b>22/05/2023</b></p> <p>Autocuidado dependente, em grau elevado – Higiene:</p> <p>Potencial para melhorar capacidade para</p>	<p>Autocuidado dependente, em grau elevado – Higiene:</p> <p>Avaliar a capacidade para usar dispositivo</p>	<p><b>22/05/2023</b></p> <p>Avaliar o autocuidado da pessoa, através da utilização do Índice de Barthel e da Escala de MIF;</p> <p>Avaliar a necessidade de equipamentos/materiais de apoio durante o autocuidado higiene;</p>	<p><b>22/05/2023</b></p> <p>Índice de Barthel- 40; Escala de MIF- 75.</p> <p>Foram-lhe prestados os cuidados de higiene na casa de banho, em cadeira sanitária, com apoio total do auxiliar da ação médica. Sem produtos de higiene pessoais. Incentivado a adquirir os produtos pessoais para utilizar;</p> <p><b>25/05/2023</b></p>

<p>usar dispositivo auxiliar para o autocuidado higiene;</p> <p><b>25/05/2023</b></p> <p>Autocuidado dependente, em grau moderado – Higiene:</p>	<p>auxiliar para o autocuidado da higiene;</p> <p>Promover a autonomia no autocuidado higiene;</p> <p>Promover o conforto e bem-estar da pessoa;</p> <p>Contribuir para a estimulação neuro-sensorial;</p>	<p>Ensinar, instruir e treinar para a autonomia no autocuidado higiene;</p> <p>Ensinar, instruir e treinar a utilização de materiais de apoio (barras de apoio, cadeira sanitária) no autocuidado higiene;</p> <p>Incentivar à facilitação cruzada durante o autocuidado higiene;</p> <p>Apoiar a utilização de produtos de higiene pessoais;</p> <p><b>25/05/2023</b></p> <p>Incentivar o autocuidado higiene;</p> <p>Incentivar à facilitação cruzada durante o autocuidado higiene;</p>	<p>Índice de Barthel- 60; Escala de MIF- 92.</p> <p>Levado em cadeira sanitária à casa de banho, consegue lavar a maioria do corpo, só não consegue lavar o membro superior esquerdo; Foram utilizados os seus produtos de higiene;</p> <p><b>31/05/2023</b></p> <p>Índice de Barthel- 90; Escala de MIF- 109.</p> <p>Conseguiu autocuidar-se na casa de banho autonomamente, com uma supervisão do auxiliar de ação médica. Utilizou os suportes de apoio para se apoiar a lavar os membros inferiores;</p> <p><b>02/06/2023</b></p> <p>Índice de Barthel- 100; Escala de MIF- 121.</p> <p>Conseguiu autocuidar-se na casa de banho, em segurança e com confiança de que conseguia fazê-lo bem, sem ajudas;</p>
--	--	--	--



<p>Potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar para o autocuidado higiene;</p> <p><b>31/05/2023</b></p> <p>Autocuidado dependente, em grau reduzido- Higiene</p> <p><b><u>Sistema de enfermagem parcialmente compensatório</u></b></p>		<p>Incentivar a utilização de materiais de apoio no autocuidado higiene;</p> <p><b>31/05/2023</b></p> <p>Incentivar à autonomia no autocuidado higiene;</p>	
--	--	---	--



<p><b>22/05/2023</b></p> <p>Risco de Queda, em grau elevado;</p> <p><b>25/05/2023</b></p>	<p>Diminuir o risco de queda;</p> <p>Promover o ambiente segura para a prática dos cuidados de reabilitação;</p>	<p>Avaliar o risco de queda, utilizando a EQM, a EEB e a Escala de Força Muscular MRC;</p> <p>Identificar os fatores de risco que levam a ocorrência de quedas: alteração do campo visual; alteração do equilíbrio corporal; dificuldades no autocuidado higiene em segurança; alteração do padrão normal da marcha.</p> <p>Otimizar o ambiente físico da pessoa, colocando a campainha e objetos pessoais facilmente acessíveis a esta, chão limpo e seco;</p> <p>Manter o plano da cama baixo ao mínimo, cama travada e cadeirão/cadeira de rodas travados de forma a reduzir o risco de queda;</p> <p>Desobstruir os locais de passagem da pessoa;</p> <p>Auxiliar a pessoa no levante, transferência e no andar;</p>	<p><b>22/05/2023</b></p> <p>EQM- 55; EEB- 12/56; Escala de Força Muscular MRC- 0/5 no membro superior direito, 3/5 no membro inferior direito.</p> <p>Identificaram-se os fatores de risco que levam às quedas: presença de quadrantanopsia superior direita e ptose palpebral do olho esquerdo; diminuição do equilíbrio; dificuldade no autocuidado higiene em segurança; alteração do padrão da marcha;</p> <p>Foi estabelecido o plano de cuidados de reabilitação mediante as necessidades pessoais, de forma simples e seguro;</p> <p>O espaço da pessoa manteve-se organizado e arrumado, limpo, chão seco;</p> <p>Auxiliou-se a pessoa na transferência e levante em segurança, com utilização de calçado e roupa adequada;</p> <p><b>25/05/2023</b></p> <p>EQM- 45; EEB- 27/56; Escala de Força Muscular MRC- 0/5 no membro superior direito, 3/5 no membro inferior direito.</p>
---	--	--	--

<p>Risco de Queda, em grau reduzido;</p> <p><b>31/05/2023 e 02/06/2023</b></p> <p>Sem Risco de Queda;</p> <p><b><u>Sistema de enfermagem parcialmente compensatório</u></b></p>		<p>Incentivar a pessoa ao levantar, transferência e andar autónomos, em segurança;</p> <p>Incentivar à utilização de calçado prático, fechado e antiderrapante, bem como roupa ajustada ao corpo que permita movimentar-se livremente;</p> <p>Incentivar a utilização de equipamentos/materiais de apoio para o autocuidado (barras de apoio, cadeira de rodas);</p>	<p>Foram disponíveis equipamentos de apoio para o autocuidado (cadeira sanitária, cadeira de rodas, barras de apoio no duche);</p> <p>Auxiliado no levantar e transferência em segurança, com roupa e calçado adequado;</p> <p><b>31/05/2023 e 02/06/2023</b></p> <p>EQM- 15/15; EEB- 51/56; Escala de Força Muscular MRC- 1/5 e 2/5 no membro superior direito, 4/5 e 5/5 no membro inferior direito.</p> <p>Conseguiu levantar-se, transferir-se e andar sozinho, em segurança;</p> <p>Executou o autocuidado utilizando equipamentos/materiais de apoio como barras de apoio;</p>
---	--	--	--



## CONCLUSÃO

O investimento em programas de reabilitação individualizados e intensos do ponto de vista de plano de treino, permite a recuperação e o ganho de independência funcional que as pessoas precisam para o bem-estar físico, mental e social.

Desenvolver este estudo de caso sobre o senhor JC foi uma decisão bastante enriquecedora e motivadora, isto porque consegui pela primeira vez, colaborar num programa de cuidados de reabilitação onde se verificou uma evolução gradualmente favorável.

O senhor que deu entrada no serviço, previamente independente, que apresentava sequelas motoras para reabilitar, conseguiu sair do serviço pelo próprio pé, com uma marcha autónoma e motivado para continuar o processo de reabilitação no domicílio.

Para mim, enquanto estudante da especialidade de enfermagem de reabilitação, é formidável obter resultados visíveis e reconhecidos pela pessoa que reabilitamos.

Durante a avaliação foram identificadas várias necessidades, nomeadamente o ganho de força muscular, o que confesso que foi o mais difícil de recuperar no senhor JC. Através de muita força de vontade e empenho diário, o senhor JC conseguiu ganhar força muscular que o permitiu obter uma marcha autónoma, um dos seus principais objetivos. Por impossibilidade da continuidade de cuidados de reabilitação, derivada à alta clínica, não foi possível evidenciar o aumento da força muscular do membro superior direito. Contudo, é expectável que após integração no centro de reabilitação de Alcoitão, possa evoluir de forma positiva.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Berg, K. O., Wood-Dauphinee, S. L., Williams, J. I., & Maki, B. (1992). Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*, 83 Suppl 2, S7-S11. <https://www.researchgate.net/publication/21687774> Measuring balance in the elderly Validation of an instrument

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>

Borg, G. A. (1982). Psychophysical bases of perceived exertion. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 14 (5), 377-381. [https://journals.lww.com/acsm-msse/Abstract/1982/05000/Psychophysical bases of perceived exertion.12.aspx](https://journals.lww.com/acsm-msse/Abstract/1982/05000/Psychophysical_bases_of_perceived_exertion.12.aspx)

Granger, C. V., Hamilton, B. B., Keith, R. A., Zielezny, M. & Sherwin, F. S. (1986). Advances in functional assessment for medical rehabilitation. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 1(3): 59-74. [http://journals.lww.com/topicsingeriatricrehabilitation/Abstract/1986/04000/Advances in functional assessment for medical.7.aspx](http://journals.lww.com/topicsingeriatricrehabilitation/Abstract/1986/04000/Advances_in_functional_assessment_for_medical.7.aspx)

Holden, M. K., Gill, K. M., & Magliozzi, M. R. (1986). Gait assessment for neurologically impaired patients. Standards for outcome assessment. *Physical therapy*, 66(10), 1530-1539. <https://doi.org/10.1093/ptj/66.10.1530>

Mahoney, FI. & Barthel, D. (1965). "Functional evaluation: the Barthel Index." *Maryland State Med Journal*, 14, 56-61. <https://www.kcl.ac.uk/nmpc/assets/rehab/tools-bi-functional-evaluation-the-barthel-index.pdf>

Medical Research Council. (1976). Aids to the examination of the peripheral nervous system (War Memorandum No. 7). London: Her Majesty's Stationery Office. <https://www.ukri.org/wp-content/uploads/2021/12/MRC-011221-AidsToTheExaminationOfThePeripheralNervousSystem.pdf>

Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I. & Vieira, C. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um Envelhecer Resiliente* (1.ª Edição). Lusociência.

Norma n.º 008/2019 de 9 de dezembro. Decreto Regulamentar nº 14/2012- n.º 2, artigo 2 (2012). Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>

Ordem dos Enfermeiros (2018). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. Assembleia do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Lisboa. Consultado em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4\\_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf)

Orem, D.E. (2001). *Nursing: Concepts of practice*, 6th edition; St. Louis, MO: Mosby

Regulamento n.º 392/2019 de 3 de maio. Diário da República n.º 85/2019 – II Série. (2019). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Consultado em: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>

Teasdale, G., & Jennett, B. (1974). Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. *The Lancet* (London, England), 2(7872), 81–84.  
[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(74\)91639-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(74)91639-0)



EGAS MONIZ SCHOOL  
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
EGAS MONIZ

## APÊNDICE 15: ESTUDO DE CASO - MARCHA AUTÓNOMA E SEGURA NA PESSOA APÓS AVC



EGAS MONIZ SCHOOL  
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
EGAS MONIZ

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

### **ESTUDO DE CASO**

MARCHA AUTÓNOMA E SEGURA NA PESSOA APÓS  
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

**Joana Rita De Assis Teodoro**

**Almada**

**2023**



EGAS MONIZ SCHOOL  
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
EGAS MONIZ

## **MESTRADO EM ENFERMAGEM**

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

### **ESTUDO DE CASO**

MARCHA AUTÓNOMA E SEGURA NA PESSOA APÓS  
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

**Joana Rita De Assis Teodoro**

**Docente Orientador: Júlio Fernandes**

**Almada**

**2023**

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

Angio TAC- Angiografia por TAC

AVC- Acidente Vascular Cerebral

BAV- Bloqueio Auriculoventricular

Bpm- Batimentos por minuto

CPAP- Pressão Positiva Contínua na via aérea

CPM- Ciclos por minuto

ECCI- Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECG- Eletrocardiograma

ECO TT- Ecocardiograma Transtorácico

INEM- Instituto Nacional de Emergência Médica

Mg- miligramas

Mg/dl- Miligramas por decilitro

MmHg- Milímetros de mercúrio

MMSE- Mini-Mental State Examination

SpO<sub>2</sub>- Saturações periféricas de oxigénio

TAC CE- Tomografia axilar computadorizada crânio-encefálico

## ÍNDICE

Introdução .....	1
1. Colheita de Dados .....	3
2. Exame Físico .....	5
3. Avaliação da Função Respiratória .....	5
4. Avaliação Neurológica .....	6
4.1. Estado Mental .....	6
4.2. Pares Cranianos .....	9
5. Avaliação da Motricidade .....	13
5.1. Força Muscular .....	13
5.2. Tônus Muscular .....	14
5.3. Coordenação motora .....	15
5.4. Sensibilidade .....	16
5.5. Equilíbrio Corporal associado ao Risco de Queda .....	16
5.6. Avaliação da Marcha .....	18
6. Avaliação do grau de dependência no autocuidado .....	19
7. Plano de Cuidados .....	21
7.1. Análise de acordo com a Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Orem .....	21
7.2. Plano de Cuidados do senhor DM .....	24
Conclusão .....	45
Referências Bibliográficas .....	47
Anexos .....	49
Anexo 1: Escala de Borg modificada .....	49
Anexo 2: Escala de Coma de Glasgow .....	49
Anexo 3: Mini-Exame do Estado Mental MMSE .....	50
Anexo 4: Escala de Força Muscular MRC .....	51
Anexo 5: Escala Modificada de Ashworth .....	52
Anexo 6: Escala de Equilíbrio de Berg .....	52
Anexo 7: Escala de Quedas de Morse .....	53

Anexo 8: Categorias Funcionais de Marcha.....	53
Anexo 9: Índice de Barthel.....	54
Anexo 10: Escala de MIF.....	55

## INTRODUÇÃO

Este estudo de caso será elaborado no âmbito da Unidade Curricular de Estágio, no 1.º Semestre do 2.º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

A Enfermagem de Reabilitação compreende um conjunto de conhecimentos diferenciados e procedimentos específicos que permitem ganhos em saúde em todos os contextos da sua prática, possibilita a prevenção de incapacidades e a recuperação das aptidões pessoais, contribuindo para a independência e a máxima satisfação da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) destaca-se profissionalmente através do elevado nível de conhecimentos e experiência acrescida que lhe permite tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação, melhorando o potencial da pessoa que cuida (Regulamento n.º 392/2019).

O estudo de caso aborda o tema da “Marcha autónoma e segura na pessoa após Acidente Vascular Cerebral (AVC)”, nome atribuído após conhecer o caso clínico em particular. O exemplo do senhor DM evidencia que é fundamental a reeducação funcional motora e respiratória, bem como a estimulação cognitiva, trabalhadas em conjunto, com o propósito de manter a integridade mental e física, promovendo a autonomia e segurança da marcha, bem como a independência funcional.

Deste modo e após nomear o tema escolhido, o principal objetivo deste estudo de caso é aplicar os conhecimentos científicos e teórico-práticos adquiridos ao longo do curso, baseados na avaliação de necessidades e do senhor DM e do desenvolvimento do plano de cuidados de reabilitação baseado na Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem. O plano de cuidados de reabilitação é elaborado mediante a Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE) e o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.

Durante o processo de colheita de informações clínicas foram aplicados os princípios éticos e legais da profissão, garantindo a privacidade do senhor DM. Foi realizado um programa de cuidados de enfermagem de reabilitação direcionado às necessidades do senhor DM, implementado ao longo das sessões realizadas no domicílio do próprio e diariamente adaptado às dificuldades e evolução do senhor DM.

## 1. Colheita de Dados

<b>Identificação</b>	DM, 82 anos, sexo masculino, caucasiano. Natural de Évora.
<b>História de Vida atual</b>	Reformado, trabalhava como motorista de transportes pesados entre Portugal e estrangeiro. Frequentou a escola até ao 4.º ano de escolaridade. Autónimo nas atividades de vida diária, apesar das comorbilidades. Reside no domicílio com a esposa. Apresenta bons hábitos alimentares, pratica atividade física diariamente, acompanhado pela esposa. Não conduz veículos há cerca de 10 anos, por diminuição da acuidade visual e auditiva (dispõe de prótese ocular interna bilateralmente há 10 anos e prótese auditiva).
<b>História de Doença atual (05/09/2023)</b>	<p><u>05/09</u>: O senhor foi visto no seu estado habitual às 11:30 pela esposa, tendo sido encontrado caído cerca das 13:50, com alteração do estado de consciência, sem movimentos involuntários, sem mordedura de língua ou incontinência. Observou-se melhoria do estado de vigília, mantendo disartria e diminuição da força à direita, tendo sido contactado o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) que não ativou a Via Verde AVC. À observação no serviço de urgência geral: Hipertenso (168/61 milímetros de mercúrio (mmHg)), normocárdico (55 batimentos por minuto (bpm)), normoglicémico (116 miligramas por decilitro (mg/dl)).</p> <p>Sonolento, facilmente despertável, disartria moderada, orientado na idade e no tempo, sem afasia, hemiparesia direita com força de grau 4 no membro superior, força de grau 4 no membro inferior. Sem défices sensitivos.</p> <p><u>06/09</u>: Mantém os défices neurológicos. Apirético e hemodinamicamente estável, eupneico em ar ambiente. À auscultação cardíaca, mantém tons rítmicos, sem sopros audíveis. À auscultação pulmonar, murmúrio vesicular mantido e simétrico, sem ruídos adventícios. Membros inferiores sem edemas ou sinais de trombose venosa periférica.</p>
<b>Exames</b>	<u>Tomografia axilar computadorizada crânio-encefálico (TAC CE) e Angiografia por TAC [Angio TAC] (05/09/2023)</u> : Sem sinais de lesões endocranianas expansivas ou hemorragias intra ou extra-axiais, sem alterações evidentes da densidade do parênquima, com ou sem apagamento de sulcos, que sugeriram lesão isquémica aguda constituída. Sem hiperdensidades espontâneas de estruturas arteriais, sobretudo principais troncos, que sugeriram trombose endoluminal. Pequenas sequelas vasculares em ambos os hemisférios cerebelosos. Algumas hipodensidades ténuas e mal definidas peri/ paraventriculares bilateralmente de tipo vascular crónico

	<p>microangiopático. Sem desvios da linha média e sem conflito no forâmen occipital. Sistema ventrículo-sulco-cisternal não desajustado à idade. Após bólus endovenoso de contraste iodado não são evidentes defeitos de preenchimento com o contraste que traduzam trombose endoluminal, nem irregularidades ou estenoses clinicamente valorizáveis nos principais troncos arteriais cervicais e encefálicos.</p> <p><u>TAC CE (06/09/2023)</u>: Discreta leucoaraiosis periventricular e subcortical bi-hemisférica de distribuição simétrica. Hipodensidade lacunar talâmica esquerda de características isquémicas, a valorizar no atual contexto. Sem sinais de hemorragia. Sem critérios de hidrocefalia. Não há conflito de espaço no forâmen magno.</p> <p><u>TAC CE (14/09/2023)</u>: Sem evolução de lesões agudos intra-cranianas. Mantém as características densitométricas dos diferentes parênquimas cerebrais, cerebelosos e do tronco cerebral em relação ao estudo prévio de 06/09/2023- vias de líquido cefalorraquidiano permeáveis.</p> <p><u>Holter 24h recente (sem data)</u>: Bloqueio Auriculoventricular (BAV) de 1-2.º grau Mobitz já descrito.</p> <p><u>Eletrocardiograma [ECG] (05/09/2023)</u>: Ritmo sinusal.</p> <p><u>Ecocardiograma Transtorácico [ECO TT] (12/09/2023)</u>: Ritmo sinusal. Ventrículo esquerdo com hipertrofia concêntrica, função sistólica global conservada, com débito diminuído. Ventrículo direito com função sistólica razoável. Válvula mitral com alteração degenerativa ligeira. Válvula aórtica com alteração degenerativa moderada e estenose ligeira. Sem outras alterações.</p>
<b>Diagnóstico clínico</b>	AVC Isquémico hemisférico esquerdo <i>minor</i> .
<b>Resumo da evolução do internamento</b>	Manteve-se calmo e colaborante. Como intercorrências no internamento, descreve-se agravamento dos défices desta vez à esquerda (força de grau 4 no membro superior esquerdo, força de grau 3 no segmento distal (tibiotalar e dedos do pé) e força de grau 4 no segmento proximal do membro inferior esquerdo) e descoordenação da marcha. Cumpru sessões de fisioterapia com recuperação dos défices no hemisfério direito. Foi referenciado pela Equipa de Gestão de Altas para apoio da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) aquando da alta. Teve alta no dia 19/09/2023, a aguardar o apoio da ECCI para reabilitação funcional.
<b>Antecedentes de Saúde</b>	
<b>Antecedentes Pessoais</b>	BAV de 2.º grau Mobitz I, Síndrome Vertiginosa Periférica, Cardiopatia Isquémica submetido a bypass coronário há 30 anos, Hiperuricemia, Litíase Vesicular, Artrite Reumatoide, Hiperplasia Benigna da Próstata, Síndrome



	de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) com utilização de ventilador noturno, sob Pressão Positiva Contínua na via aérea (CPAP), Dislipidemia, Hipotireoidismo, Hipertensão arterial, Défice cognitivo mnésico, Doença Inflamatória intestinal?, Hipoacusia bilateral (utiliza prótese auditiva), Ambliopia (utiliza óculos graduados), Miopia bilateral, dispõe de prótese ocular interna bilateral por presença de cataratas desde 2013.
<b>Terapêutica habitual</b>	<u>Jejum:</u> 1 comprimido de Pantoprazol 40mg, Levotiroxina 0,1 mg. Pequeno-almoço: 1 comprimido de Memantina 20 miligramas (mg), Escitalopram 20 mg, Clopidogrel 75 mg (até 26/9), Sulfassalazina 500mg, 1/2 comprimido de Alopurinol 300 mg. <u>Almoço:</u> 1 comprimido de Dapaglifozina 10 mg, Espironolactona 25 mg, Ácido acetilsalicílico 100mg. <u>Jantar:</u> 1 comprimido de Galantamina 8 mg, Rosuvastatina/Ezetimiba 20/10mg, Quetiapina 50mg, Tansulosina + solifenacina 0,4/6mg. SOS: Ebastina 10mg.
<b>Hábitos aditivos</b>	Nega hábitos aditivos.
<b>Alergias</b>	Sem alergias conhecidas.

## 2. EXAME FÍSICO

<b>Dados Antropométricos</b>	Peso: +- 70kg; Altura: 1,60 cm.
<b>Exame físico sumário (20/09/2023)</b>	Consciente e orientado no tempo, espaço e pessoa, mas com lacunas de memória. Colaborante nas suas possibilidades. Eupneico em ar ambiente, com Frequência Respiratória de 14 ciclos por minuto (cpm) e Saturações Periféricas de oxigénio (SpO2) de 97%. Padrão respiratório misto, simétrico e regular de média amplitude. Tensão arterial:137/56 mmHg; Frequência cardíaca: 69 bpm; Apirético com temperatura axilar de 36,4°C. Apresenta pele e mucosas íntegras e hidratadas. Sem lesões na pele. Sem massas ou tumefações palpáveis. Sem queixas álgicas. Deambula sem apoio, apresenta uma marcha hemiparética com assimetria do tronco e inclinação à esquerda. Necessita de apoio da

	esposa nos autocuidados. Alimenta-se via oral com auxílio de prótese dentária. Hipoacusia presente, utiliza aparelho auditivo. Acuidade visual diminuída bilateralmente, utiliza óculos graduados. Continente intestinal e vesical.
--	---

### 3. AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA

No sentido de avaliar a função respiratória do senhor DM, foi aplicada a Escala de Borg modificada<sup>22</sup> que avalia o grau de dispneia existente (Borg, 1982).

<b>Função Respiratória (20/09/2023)</b>	
<b>Inspeção</b>	Eupneico, respiração de média amplitude, padrão misto, ritmo regular, simétrico.
<b>Palpação</b>	Hemitoráx esquerdo e direito sem alterações.
<b>Percussão</b>	Presença de som claro pulmonar.
<b>Auscultação</b>	Murmúrio vesicular mantido em todos os segmentos pulmonares, sem ruídos adventícios.
<b>Tosse</b>	Presença de tosse eficaz, sem secreções.
<b>Escala de Dispneia de Borg modificada</b>	Nenhuma dispneia (0).

### 4. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

#### 4.1. ESTADO MENTAL

Com o propósito de avaliar o estado mental do senhor DM, foi aplicada a Escala de Coma de Glasgow<sup>23</sup> (Teasdale & Jennett, 1974). No sentido de avaliar a memória, foi utilizado o Mini-exame do Estado Mental [Mini-Mental State Examination-MMSE] (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975) com interpretação do score, tendo por base as últimas deadlines em Portugal (Morgado et al., 2009).

---

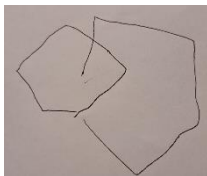
<sup>22</sup> Anexo 1

<sup>23</sup> Anexo 2

<b>Estado mental (20/09/2023)</b>	
<b>Estado de Consciência</b>	Vígil, score de 15 na Escala de Coma de Glasgow (Abertura ocular espontânea (4), resposta verbal (5), cumpre ordens (6)).
<b>Orientação</b>	Orientado, auto e alo psiquicamente.
<b>Atenção</b>	A capacidade de vigilância, tenacidade e concentração encontram-se mantidas.
<b>Memória</b>	As memórias sensoriais, imediatas e remotas não apresentam alterações. A memória recente encontra-se alterada, não consegue nomear o que comeu nas refeições do dia anterior, esquece-se dos nomes das enfermeiras. Realizado teste de memória utilizando o MMSE <sup>24</sup> , que segue preenchido no quadro abaixo.
<b>Linguagem</b>	Discurso espontâneo, compreensão, nomeação, repetição, leitura, linguagem elaborada e escrita sem alterações (ajustado à idade do senhor, com utilização de prótese auditiva e óculos graduados).
<b>Capacidades práticas</b>	Mantém a capacidade de efetuar gestos simbólicos (ex: sinal da cruz), ou icónicos transitivos (ex: beber água pela garrafa) e icónicos intransitivos (ex: assobiar).
<b>Negligência hemiespacial unilateral</b>	Ausência de neglet.

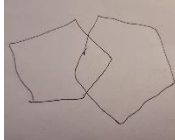
<b>Mini-Exame do Estado Mental MMSE (20/09/2023)</b>		
<b>Orientação</b> (1 ponto por cada resposta correta)	<b>Pontuação Máxima: 10</b>	<b>Total de pontos: 10</b>
Em que ano está? 1 Em que mês está? 1 Em que dia do mês está? 1 Em que dia da semana está? 1 Em que estação do ano está? 1  Em que país está? 1 Em que distrito vive? 1 Em que terra vive? 1 Em que casa está? 1 Em que andar está? 1		
<b>Retenção</b> (1 ponto por cada palavra corretamente repetida)	<b>Pontuação Máxima: 3</b>	<b>Total de pontos: 3</b>
Dizer três palavras, pedir que as repita, mas só depois de as dizer todas, pedir para tentar decorá-las. Maçã 1 Cão 1 Bola 1		
<b>Atenção e Cálculo</b> (1 ponto por cada resposta correta. Se errar 1 vez, mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas)	<b>Pontuação Máxima: 5</b>	<b>Total de pontos: 4</b>



Pedir para dizer quantos são 40 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até dar 5 respostas. 37__0 34__1 31__1 28__1 25__1		
<b>Evocação</b> (1 ponto por cada resposta correta)	<b>Pontuação Máxima: 3</b>	<b>Total de pontos: 0</b>
Pedir para dizer as palavras que já se tinha pedido para decorar. Maçã__0 Cão__0 Bola__0		
<b>Linguagem</b> (1 ponto por cada resposta correta)	<b>Pontuação Máxima: 9</b>	<b>Total de pontos: 6</b>
a) Mostrar 2 objetos e perguntar como se chamam. Relógio__1 Óculos__1		
b) Pedir para repetir a frase "O rato roeu a rolha" __1		
c) Pedir para quando lhe der uma folha de papel, pegue nela com a mão esquerda, dobre-a ao meio e ponha-a sobre a mesa, utilizando as duas mãos. Pega com a mão esquerda__1 Dobra a folha ao meio__1 Coloca-a sobre a mesa, utilizando as 2 mãos__1		
d) Mostrar numa folha de papel a seguinte frase "Fechar os olhos", e pedir que faça o que lê. Se for analfabeto, lê-se a frase. Fechou os olhos__0		
e) Pedir para escrever uma frase com sentido, numa folha de papel. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido, os erros gramaticais não prejudicam a pontuação. Frase _bom dia 0		
f) Pedir para desenhar numa folha de papel, dois pentágonos que se cruzam, cada lado com cerca de 2,5cm, e pedir que o copie exatamente como está na folha. Cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersecados. Não se valoriza o tremor ou rotação.		
		
0		
<b>Total do Mini-exame: 23 pontos</b> - Literacia de 3 a 6 anos. Corresponde à realidade do senhor DM, uma vez que frequentou a 4.ª classe segundo o próprio.		

<b>Mini-Exame do Estado Mental MMSE (10/10/2023)</b>		
<b>Orientação</b> (1 ponto por cada resposta correta)	<b>Pontuação Máxima: 10</b>	<b>Total de pontos: 10</b>
Em que ano está? 1 Em que mês está? 1 Em que dia do mês está? 1 Em que dia da semana está? 1 Em que estação do ano está? 1		
Em que país está? 1 Em que distrito vive? 1 Em que terra vive? 1 Em que casa está? 1 Em que andar está? 1		
<b>Retenção</b> (1 ponto por cada palavra corretamente repetida)	<b>Pontuação Máxima: 3</b>	<b>Total de pontos: 3</b>
Dizer três palavras, pedir que as repita, mas só depois de as dizer todas, pedir para tentar decorá-las. Pêra 1 Gato 1 Garrafa 1		



<b>Atenção e Cálculo</b> (1 ponto por cada resposta correta. Se errar 1 vez, mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas)	<b>Pontuação Máxima:</b> <b>5</b>	<b>Total de pontos:</b> <b>5</b>
Pedir para dizer quantos são 50 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até dar 5 respostas. 47 _1 44 _1 41 _1 38 _1 35 _1		
<b>Evocação</b> (1 ponto por cada resposta correta)	<b>Pontuação Máxima:</b> <b>3</b>	<b>Total de pontos:</b> <b>2</b>
Pedir para dizer as palavras que já se tinha pedido para decorar. Pêra__1 Gato__1 Garrafa__0		
<b>Linguagem</b> (1 ponto por cada resposta correta)	<b>Pontuação Máxima:</b> <b>9</b>	<b>Total de pontos:</b> <b>6</b>
a) Mostrar 2 objetos e perguntar como se chamam. Banana__1 Colher__1  b) Pedir para repetir a frase "Três tristes tigres" __1  c) Pedir para quando lhe der uma folha de papel, pegue nela com a mão esquerda, dobre-a ao meio e ponha-a sobre a mesa, utilizando as duas mãos. Pega com a mão esquerda__1 Dobra a folha ao meio__1 Coloca-a sobre a mesa, utilizando as 2 mãos__1  d) Mostrar numa folha de papel a seguinte frase "Colocar a língua de fora", e pedir que faça o que lê. Se for analfabeto, lê-se a frase. Colocou a língua de fora__0  e) Pedir para escrever uma frase com sentido, numa folha de papel. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido, os erros gramaticais não prejudicam a pontuação. Frase _obrigado 0  f) Pedir para desenhar numa folha de papel, dois pentágonos que se cruzam, cada lado com cerca de 2,5cm, e pedir que o copie exatamente como está na folha. Cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersecionados. Não se valoriza o tremor ou rotação.  0		
<b>Total do Mini-exame: 26 pontos</b> - Literacia de 3 a 6 anos. Corresponde à realidade do senhor DM, uma vez que frequentou a 4.ª classe segundo o próprio.		

## 4.2. PARES CRANIANOS

Pares Cranianos (20/09/2023)					
N.º	Nervo	Função	Componente	Teste	Avaliação
I	Olfativo	Olfato	Sensitivo	Pessoa com olhos fechados. Avaliado bilateralmente. Coloquei objetos com cheiro	Sem alterações.



				facilmente identificável junto da narina- café e vinagre.	
II	Ótico	Visão	Sensitivo	Olho fechado alternadamente. Avaliado bilateralmente. <u>Acuidade visual:</u> Pedi a contagem de dedos junto do olho, a 3 e 6 metros de distância. <u>Campo de visão:</u> Pedi que acompanhasse o meu dedo indicador enquanto o deslocava da periferia para o centro visual, solicitei que indicasse quando o deixava de ver.	Detetei a presença de Ambliopia bilateral (sem óculos graduados). Segundo o DM, apresenta miopia bilateral, cataratas bilateralmente, com prótese ocular interna.
III	Óculomotor	Miose, elevação da pálpebra superior, elevação, abaixamento e adução do olho.	Motor	Foram avaliados em conjunto o III, IV e VI pares cranianos. Avaliação efetuada com ambiente escurecido. Incidi a luz da lanterna, do canto externo para o interno de cada olho. Detetei a reação, tamanho e forma das pupilas. Fiz movimentos simples em forma de H e pedi à	Avaliado diâmetro de pupilas que é normal (4mm) no olho esquerdo e direito. Ambas as pupilas com forma redonda, reativas à luz e isocóricas. Excluído estrabismo, nistagmo ou ptose palpebral.
IV	Patético	Motricidade do músculo oblíquo superior do bulbo do olho – rotação do olho.			

VI	Motor ocular externo	Motricidade do músculo reto lateral do bulbo do olho – abdução do olho.		pessoa que seguisse o percurso do dedo.	
V	Trigémeo	Controlo dos movimentos da mastigação (ramo motor) Percepções sensoriais da face, seios da face e dentes (ramo sensorial).	Sensitivo e motor	Pediu-se à pessoa para fechar os olhos. Foi testada a sensibilidade tátil, térmica e dolorosa na divisão oftálmica, maxilar e mandibular, bilateralmente. Foi testado o reflexo córneo-palpebral com algodão. Avaliada a capacidade para encerrar e mover a mandíbula bilateralmente e a simetria dos movimentos de mastigação.	Sensibilidade tátil, térmica e dolorosa mantida nas três divisões do nervo. Reflexo córneo-palpebral mantido no olho direito e esquerdo (existe lacrimejo e pestanejo). Capacidade para encerrar e mover a mandíbula mantido no lado esquerdo e direito. Movimentos de mastigação mantidos simetricamente.
VII	Facial	Controlo dos músculos faciais – mimica facial (ramo motor) Percepção gustativa no terço anterior da língua (ramo sensorial).	Sensitivo e motor	Avaliada a simetria facial e apagamento do sulco nasogeniano. Avaliada a dificuldade em manter saliva ou alimentos na cavidade oral. Avaliada a presença dos movimentos e	Ausência de paralisia facial e de apagamento do sulco nasogeniano. Sem dificuldade em manter saliva ou alimentos na cavidade oral. Quando sorriu, verificou-se simetria facial. Conseguiu franzir o sobrolho e

				expressão facial (sorrir, franzir o sobrolho com encerramento firme das pálpebras). Avaliada a capacidade de reconhecer sabores como doce, salgado e amargo nos dois terços anteriores da língua.	encerrar ambas as pálpebras. Reconheceu todos os sabores sem dificuldades.
VII I	Estato-acústico	Vestibular: orientação e movimento. Coclear: audição.	Sensitivo	<u>Divisão coclear:</u> Avaliado bilateralmente. Utilizei um relógio com som dos ponteiros e pedi que identificasse o som a várias distâncias (0,5m e 4m). <u>Divisão vestibular:</u> Testado o equilíbrio dinâmico e estático sentado e em ortostatismo.	Sem a prótese auditiva, apresenta hipoacusia bilateral à distância de 0,5m, procura compreender através da leitura labial, com sucesso. Utilizando prótese auditiva adequadamente, consegue ouvir e compreender sem dificuldades até à distância de 4m. Verificado equilíbrio estático e dinâmico sentado e equilíbrio estático em pé, desequilíbrio dinâmico em pé. Incapacidade de realizar teste de Rinner e de Weber.
IX	Glossofaríngeo	Percepção gustativa no	Sensitivo e motor	Avaliada a capacidade de	Sem alterações.



		terço posterior da língua, percepções sensoriais da faringe, laringe e palato.		reconhecer sabores como doce ou salgado no terço posterior da língua.	
X	Vago	Percepções sensoriais da orelha, faringe, laringe, tórax e vísceras. Inervação das vísceras torácicas e abdominais.	Sensitivo e motor	Avaliada a presença do reflexo de vômito. Verificado se apresentava alteração no tom de voz, fadiga vocal, tosse ineficaz ou odinofagia.	Sem alterações.
XI	Espinal	Controlo motor da faringe, laringe, palato, dos músculos esternocleido mastóideo e trapézio – rotação e inclinação da cabeça.	Motor	Avaliada a capacidade de elevação dos ombros e lateralizar a cabeça bilateralmente, contra a resistência das minhas mãos.	Apresenta controlo motor da musculatura cervical. Apresenta força de grau 5 (Escala de Força Muscular Medical Research Council- MRC) no membro superior direito e grau 4 no membro superior esquerdo.
XII	Grande hipoglosso	Motricidade dos músculos da língua (mastigação, deglutição e articulação	Motor	Avaliados os movimentos da língua com e sem resistência da espátula.	Sem alterações.

		das palavras.			
--	--	------------------	--	--	--

## 5. AVALIAÇÃO DA MOTRICIDADE

### 5.1. FORÇA MUSCULAR

No sentido de avaliar a força muscular do senhor DM, foi aplicada a Escala de Força Muscular MRC<sup>25</sup> (Medical Research Council, 1976).

Segmentos	Movimentos	Força Muscular		Força Muscular		Força Muscular		Força Muscular	
		20/09		25/09		04/10		10/10	
		Lado esquerdo	Lado direito	Lado esquerdo	Lado direito	Lado esquerdo	Lado direito	Lado esquerdo	Lado direito
Cabeça e pescoço	Flexão	5	5	5	5	5	5	5	5
	Extensão								
	Inclinação direita								
	Inclinação esquerda								
	Rotação								
Escapulo-umeral	Flexão	4	5	4	5	5	5	5	5
	Extensão	4	5	4	5	5	5	5	5
	Adução	4	5	4	5	5	5	5	5
	Abdução	4	5	4	5	5	5	5	5
	Rotação interna	4	5	4	5	5	5	5	5
	Rotação externa	4	5	4	5	5	5	5	5
Cotovelo	Flexão	4	5	4	5	5	5	5	5
	Extensão	4	5	4	5	5	5	5	5
Antebraço	Pronação	4	5	4	5	5	5	5	5
	Supinação	4	5	4	5	5	5	5	5
Punho	Flexão	4	5	4	5	4	5	5	5
	Extensão	4	5	4	5	4	5	5	5
	Desvio cubital	4	5	4	5	4	5	5	5
	Desvio radial	4	5	4	5	4	5	5	5

Dedos da mão	Flexão	4	5	4	5	4	5	5	5
	Extensão	4	5	4	5	4	5	5	5
	Adução	4	5	4	5	4	5	5	5
	Abdução	4	5	4	5	4	5	5	5
	Oponência	4	5	4	5	4	5	5	5
Coxo-femoral	Flexão	4	5	4	5	4	5	5	5
	Extensão	4	5	4	5	4	5	5	5
	Adução	4	5	4	5	4	5	5	5
	Abdução	4	5	4	5	4	5	5	5
	Rotação interna	4	5	4	5	4	5	5	5
	Rotação externa	4	5	4	5	4	5	5	5
Joelho	Flexão	4	5	4	5	4	5	5	5
	Extensão	4	5	4	5	4	5	5	5
Tibiotársica	Flexão	3	5	4	5	4	5	5	5
	Extensão	3	5	4	5	4	5	5	5
	Inversão	3	5	4	5	4	5	5	5
	Eversão	3	5	4	5	4	5	5	5
Dedos dos pés	Flexão	3	5	3	5	4	5	5	5
	Extensão	3	5	3	5	4	5	5	5
	Adução	3	5	3	5	4	5	5	5
	Abdução	3	5	3	5	4	5	5	5

## 5.2. TÓNUS MUSCULAR

No sentido de avaliar o tónus muscular do senhor DM, foi aplicada a Escala Modificada de Ashworth<sup>26</sup> (Bohannon & Smith, 1987).

Segmentos	Movimentos	Tónus Muscular	
		20/09 a 10/10	
		Lado esquerdo	Lado direito
Cabeça e pescoço	Flexão	0	
	Extensão		
	Inclinação direita		
	Inclinação esquerda		
	Rotação		
Escapulo-umeral	Flexão	0	
	Extensão	0	

<sup>26</sup> Anexo 5

	Adução	0
	Abdução	0
	Rotação interna	0
	Rotação externa	0
Cotovelo	Flexão	0
	Extensão	0
Antebraço	Pronação	0
	Supinação	0
Punho	Flexão	0
	Extensão	0
	Desvio cubital	0
	Desvio radial	0
Dedos da mão	Flexão	0
	Extensão	0
	Adução	0
	Abdução	0
	Oponência	0
Coxo- femoral	Flexão	0
	Extensão	0
	Adução	0
	Abdução	0
	Rotação interna	0
	Rotação externa	0
Joelho	Flexão	0
	Extensão	0
Tibiotársica	Flexão	0
	Extensão	0
	Inversão	0
	Eversão	0
Dedos dos pés	Flexão	0
	Extensão	0
	Adução	0
	Abdução	0

### 5.3. COORDENAÇÃO MOTORA

Como forma de avaliar a coordenação motora do senhor DM, foi aplicada a prova Índex-nariz e prova Calcanhar-joelho (Menoita et al., 2012).

<b>Coordenação motora</b>	
<b>20/09 a 25/09</b>	<p>Provas realizadas de olhos abertos e fechados.</p> <p>Através da prova Índice-nariz verificou-se que o senhor DM apresenta uma dismetria no membro superior esquerdo. Sem alterações no membro superior direito.</p> <p>Na prova Calcâneo-joelho, apresenta dismetria no membro inferior esquerdo. Sem alterações no membro inferior direito.</p>
<b>04/10 a 10/10</b>	<p>Sem alterações na prova Índice-nariz.</p> <p>Sem alterações na prova Calcâneo-joelho.</p>

## 5.4. SENSIBILIDADE

No dia 20/09/203 foi avaliada a sensibilidade corporal do senhor DM (Menoita et al., 2012).

Sensibilidade		Face		Tronco	Membros Superiores		Membros Inferiores	
		Lado direito	Lado esquerdo		Lado direito	Lado esquerdo	Lado direito	Lado esquerdo
<b>Superficial</b>	<b>Tátil</b>	P	P	P	P	P	P	P
	<b>Térmica</b>	P	P	P	P	P	P	P
	<b>Dolorosa</b>	P	P	P	P	P	P	P
<b>Profunda</b>	Presente. Barestesia, batiestesia e esteriognosia sem alterações. Não foi possível avaliar a palestesia.							
<b>Legenda: P (presente); D (diminuído).</b>								

## 5.5. EQUILÍBRIO CORPORAL ASSOCIADO AO RISCO DE QUEDA

No sentido de avaliar o equilíbrio corporal do senhor DM, foi aplicada a Escala de Equilíbrio de Berg- EEB<sup>27</sup> (Berg et al., 1992) que avalia o equilíbrio funcional,

<sup>27</sup> Anexo 6

estático e dinâmico e permite prever o risco de queda associado, avaliado através da Escala de Quedas de Morse-EQM<sup>28</sup> (Norma n.º 008/2019, pp 1-17).

	20/09 a 25/09		04/10 a 10/10	
	Sentado	Ortostatismo	Sentado	Ortostatismo
	<b>Equilíbrio Corporal</b>	Presente equilíbrio estático e dinâmico.	Presente o equilíbrio estático, ausente o equilíbrio dinâmico. Incapaz de realizar o teste de Romberg Barré e o teste de apoio monopodal.	Presente equilíbrio estático e dinâmico.

Escala de Equilíbrio de Berg				
Descrição dos itens	20/09	25/10	04/10	10/10
1) Posição sentada para posição em pé	3	4	4	4
2) Permanecer em pé sem apoio	3	4	4	4
3) Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho	4	4	4	4
4) Posição em pé para posição sentada	3	4	4	4
5) Transferências	3	4	4	4
6) Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados	2	3	4	4
7) Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos	2	4	4	4
8) Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé	3	4	4	4
9) Apanhar um objeto do chão a partir da posição em pé	1	2	3	4
10) Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé	1	2	3	4
11) Girar 360 graus	1	2	3	4
12) Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio	1	2	3	4



13) Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente	2	3	4	4
14) Permanecer em pé sobre uma perna	0	1	3	4
TOTAL	28/56	43/56	51/56	56/56
CONCLUSÃO	Equilíbrio médio; Médio risco de queda.	Equilíbrio bom; Baixo risco de queda.	Equilíbrio bom; Baixo risco de queda.	Equilíbrio bom; Baixo risco de queda.
<b>Legenda: 0 - incapaz de executar, 4 - capaz de executar de forma independente) obtendo um score total de 56 pontos.</b>				

Escala de Quedas de Morse				
Item	20/09	25/09	04/10	10/10
1. História de Quedas, no internamento ou nos últimos 3 meses. Não Sim	0	0	0	0
2. Diagnósticos secundários Não Sim	15	15	15	15
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andarilho Apoia-se no mobiliário para andar	30	0	0	0
4. Terapia intravenosa Não Sim	0	0	0	0
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilitado Dependente de ajuda	20	10	0	0
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0	0	0	0
TOTAL	55	25	15	15
CONCLUSÃO	Alto risco	Baixo risco	Sem risco	Sem risco

	de queda	de queda	de queda	de queda
--	-------------	-------------	-------------	-------------

## 5.6. AVALIAÇÃO DA MARCHA

Para a avaliação da marcha do senhor DM, utilizou-se como auxílio o método das Categorias Funcionais de Marcha (Holden et al., 1986) que permitem a categorização detalhada do suporte físico necessário às pessoas que executam a marcha<sup>29</sup>.

<b>Categorias Funcionais de Marcha</b>					
<b>Definição</b>	<b>Categoria</b>	<b>20/09</b>	<b>25/09</b>	<b>04/10</b>	<b>10/10</b>
O indivíduo não pode andar ou requer suporte de duas ou mais pessoas	0				
O indivíduo precisa de suporte contínuo de uma pessoa que ajude com o seu peso e equilíbrio	1				
O indivíduo é dependente com suportes contínuos ou intermitentes com uma pessoa auxiliando no equilíbrio ou coordenação	2	X			
O indivíduo precisa de apenas supervisão verbal	3		X		
O suporte é requerido para escadas e superfícies irregulares	4			X	
O indivíduo pode andar independentemente em qualquer lugar	5				X

## 6. AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO

<sup>29</sup> Anexo 8

No sentido de avaliar o grau de dependência no autocuidado, recorreu-se à utilização do Índice de Barthel<sup>30</sup> (Mahoney & Barthel, 1965) e à Escala de Medida de Independência Funcional-MIF<sup>31</sup> (Granger et al., 1986).

<b>Índice de Barthel</b>		<b>20/09</b>	<b>25/09</b>	<b>04/10</b>	<b>10/10</b>
Alimentação	0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc. 10 = Independente (a comida é providenciada)	5	10	10	10
Transferências	0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se 5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se 10 = Pequena ajuda (verbal ou física) 15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas.	10	10	15	15
Higiene Pessoal	0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal 5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)	0	5	5	5
Utilização de Casa de banho	0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho 10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)	5	5	10	10
Tomar banho	0 = Dependente 5 = Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)	0	0	5	5
Mobilidade	0 = Imobilizado 5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc. 10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física) 15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)	10	10	15	15

<sup>30</sup> Anexo 9

<sup>31</sup> Anexo 10



Subir e descer escadas	0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão 10 = Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala)	0	5	10	10
Vestir	0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda 10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)	5	5	5	10
Controlo Intestinal	0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres) 5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana) 10 = Contigente (não apresenta episódios de incontinência)	10	10	10	10
Controlo Vesical	0 = Incontinente ou algaliado 5 = Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas) 10 = Contigente (por mais de 7 dias)	10	10	10	10
<b>Interpretação do Resultado</b>	100 pontos – totalmente independente 99 a 76 pontos – dependência leve 75 a 51 pontos - dependência moderada 50 a 26 pontos – dependência severa 25 e menos pontos – dependência total	55	70	95	100

<b>Escala de MIF</b>				
<b>Autocuidado</b>	<b>20/09</b>	<b>25/09</b>	<b>04/10</b>	<b>10/10</b>
A - Alimentação	5	6	7	7
B - Higiene pessoal	5	5	6	7
C - Banho	4	5	6	7
D - Vestir metade superior	4	5	6	7
E - Vestir metade inferior	4	5	6	7
F - Utilização da sanita	4	5	6	7
<b>Controlo de Esfíncteres</b>				
G - Vesical	7	7	7	7
H - Intestinal	7	7	7	7



<b>Transferência</b>				
I - Cama, cadeira, cadeira de rodas	5	5	6	7
J - Sanitário	5	6	6	7
K - Banheira, duche	4	5	6	7
<b>Locomoção</b>				
L - Marcha, cadeira de rodas	4	5	6	7
M - Escadas	N/A	N/A	5	6
<b>Comunicação</b>				
N - Compreensão	7	7	7	7
O - Expressão	7	7	7	7
<b>Cognição Social</b>				
P - Interação social	5	5	7	7
Q - Resolução de problemas	5	5	7	7
R - Memória	5	5	6	6
<b>TOTAL</b>	87	92	109	121

## 7. PLANO DE CUIDADOS

### 7.1. ANÁLISE DE ACORDO COM A TEORIA DOS SISTEMAS DE ENFERMAGEM DE OREM

Orem (2001) descreve o autocuidado como sendo a realização de ações necessárias para proteger, manter e promover o bem-estar pessoal. O autocuidado é praticado quando a pessoa aprende, adapta-se e desenvolve estratégias de ação que a permitem cuidar de si própria, neste contexto designa-se como agente de autocuidado.

Quando a pessoa não tem a capacidade de autocuidado e necessita que esse autocuidado seja realizado por pessoas com responsabilidades sociais que aceitam e assumem esses cuidados, designa-se como agente dependente de cuidados. Quando esses cuidados resultam da ação profissional dos enfermeiros, esses são denominados de agentes terapêuticos de autocuidado (Orem, 2001).

Na teoria dos sistemas de enfermagem, Orem (2001) defende que a enfermagem é ação humana, isto é, os sistemas de enfermagem são sistemas de ação criados por enfermeiros através da sua prática profissional para pessoas com limitações ou dependência no autocuidado, derivadas ou associadas à saúde. O

enfermeiro apresenta autonomia para diagnosticar, prescrever e regular sistemas inerentes à pessoa que cuida.

Orem em 1995, completa a sua teoria através do desenvolvimento de três sistemas básicos de enfermagem:

- Sistema de enfermagem totalmente compensatório- a ação é exclusivamente do enfermeiro para concretizar o autocuidado terapêutico da pessoa, compensar a incapacidade desta em realizar o autocuidado e apoiar, protegendo-a;
- Sistema de enfermagem parcialmente compensatório- a ação do enfermeiro centra-se na execução de algumas medidas de autocuidado da pessoa, compensa as suas limitações e assiste-a sempre que necessita, regulando as atividades de autocuidado praticadas, existe ação da pessoa para execução de algumas medidas de autocuidado, regular as suas atividades e aceitar a colaboração do enfermeiro;
- Sistema de enfermagem apoio-educação- a ação do enfermeiro é somente regular o exercício e as atividades que a pessoa pratica, enquanto que a pessoa executa-as e regula as suas tarefas de forma mais autónoma.

Tendo por base a avaliação previamente realizada sobre o senhor DM pode-se nomear os seguintes objetivos para o plano de cuidados de reabilitação:

- Desenvolver um plano de cuidados de reabilitação ajustado às capacidades e necessidades do senhor DM;
- Promover a estimulação neuro sensorial e cognitiva do senhor DM, em cada sessão de reabilitação;
- Desenvolver a prática de reeducação funcional respiratória e motora adequada às necessidades do senhor DM;
- Aumentar os ganhos de força muscular no hemicorpo esquerdo e potenciar a força do hemicorpo direito, através de mobilizações ativas assistidas e ativas resistidas;
- Promover o bom equilíbrio estático e dinâmico sentado e em posição ortostática;
- Melhorar a coordenação motora em cada sessão de reabilitação;
- Ensinar, instruir e treinar a marcha em ambiente rural e estimular a sua prática diária partilhada com a esposa, melhorando a interação social e a relação interpessoal e intrapessoal;

- Promover o ganho gradual de independência nos autocuidados diariamente praticados;
- Desenvolver intervenções estratégicas de adaptação no domicílio às necessidades do senhor DM, minimizando o risco de queda existente;
- Capacitação do senhor DM para a autonomia nas atividades de vida diária e autocuidados, através do incentivo positivo a cada sessão de reabilitação, promovendo a confiança e segurança do próprio;
- Capacitação do prestador de cuidados (esposa do senhor DM), envolvendo-o nas sessões de reabilitação e desenvolvendo uma parceria de cuidados que permitem contribuir de forma positiva e segura para o processo de recuperação e autonomia do senhor DM.



## 7.2. PLANO DE CUIDADOS DO SENHOR DM

DIAGNÓSTICO	OBJETIVOS	INTERVENÇÕES DO EEER	AVALIAÇÃO
<b>20/09/2023</b>  <b>Movimento Muscular comprometido:</b>  Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular;  Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de	Movimento muscular aumentado:  Melhorar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular;  Melhorar a capacidade de executar técnicas de exercício	Avaliar e monitorizar a força muscular ao longo do programa de reabilitação, utilizando a Escala de Força Muscular MRC.  Avaliar o conhecimento sobre exercícios musculares e articulares.  Avaliar a capacidade para executar exercícios musculares e articulares.  Instruir sobre técnicas de posicionamento que promovem a correção postural.  Ensinar sobre a técnica respiratória (dissociação dos tempos respiratórios, respiração abdómen- diafragmática).	<b>20/09/2023</b>  Avaliada a força muscular do senhor DM, através da Escala MRC. Apresenta força de grau 4 no membro superior esquerdo, força de grau 4 no segmento proximal e força de grau 3 no segmento distal do membro inferior esquerdo (tibiotársica), e força de grau 5 no hemicorpo direito.  Apesar da idade e comorbilidades associadas, o senhor mostrou-se motivado para aprender, executar e treinar o máximo possível para recuperar força muscular.  Sem conhecimento sobre exercícios musculares e articulares, contudo, mostrou-se recetivo a executá-los.  Foi lhe explicado que antes da prática de exercício físico é importante realizar um pequeno treino de aquecimento de articulações do corpo, promovendo a mobilização das articulações, evitando lesões musculares.



<p>exercício muscular e articular;</p> <p><b><u>Sistema de enfermagem parcialmente compensatório</u></b></p>	<p>muscular e articular;</p>	<p>Definir estratégias adaptativas ao esforço (momentos para repouso e recuperação).</p> <p>Incentivar à realização de exercício muscular e articular ativo-assistido e ativo resistido de todos os segmentos do hemicorpo esquerdo (mais afetado) e exercício muscular e articular ativo resistido do hemicorpo direito.</p> <p>Ensinar, instruir e treinar a pessoa para a execução autónoma de exercícios musculares e articulares (abdução/adução, rotação e oponência dos dedos, flexão/extensão do cotovelo e ombro, flexão/extensão do joelho e da coxofemoral, dorsiflexão/flexão plantar, exercício de agachamento, fortalecimento muscular e de motricidade fina), bem como de exercícios para aquecimento articular e alongamento muscular.</p>	<p>Utilizou ténis práticos, antiderrapantes e fato de treino adequado;</p> <p>Ensinado e instruído a respirar calmamente, com respiração abdómen-diafragmática, utilizando a dissociação dos tempos respiratórios. Incentivado a períodos de repouso sempre que considerasse necessário.</p> <p>Tendo em conta que o senhor já dispunha de pedaleira e peso de 0,5kg no domicílio, foi utilizado durante a sessão de reabilitação, reforçando a necessidade de treinar o controlo da respiração durante os exercícios.</p> <p>Sentado na cadeira, fez pedaleira com as pernas durante 3 minutos, para a frente e depois para trás, sem carga. Depois fez pedaleira com os braços, 3 min para a frente e para trás, sem carga (mobilizações ativas assistidos e resistidos).</p> <p>Realizou treino de motricidade fina com mola da roupa nos dedos da mão esquerda e depois nos dedos da mão direita (2 séries, 5 repetições). Realizou flexão/extensão do cotovelo, flexão/extensão e abdução/adução do ombro com auxílio de haltere de 0,5kg (2 séries, 5 repetições). Utilizou o cabo da vassoura para realizar flexão/extensão do ombro, em simultâneo com dissociação dos tempos respiratórios (mobilizações ativas assistidas e resistidas) (2 séries, 5 repetições)).</p>
--	------------------------------	--	--



	<p>Promover a utilização de equipamentos/materiais existentes no domicílio (1 litro de leite, uma garrafa de 0,5l com areia, um haltere de 1kg, banda elástica, mola de treino de força para mãos, mola da roupa, pedaleira, bicicleta estática, cabo de vassoura) para o ganho de força e resistência muscular e articular.</p> <p>Incentivar a utilização de calçado e roupa adequados à prática de exercício físico com comodidade e em segurança.</p> <p>Promover e incentivar a execução de exercícios musculares e articulares em parceria com a esposa.</p> <p>Planear, nomear e reajustar exercícios musculares e articulares a realizar autonomamente fora do contexto das sessões de enfermagem de reabilitação.</p>	<p>O senhor iniciou a marcha com apoio unilateral da estudante até ao exterior (aproximadamente 30 metros). Foi ensinado e instruído à realização da flexão/extensão do joelho e coxofemoral (2 séries, 5 repetições) e à abdução/adução da coxofemoral (2 séries, 5 repetições), com apoio no muro.</p> <p>Já no domicílio, realizou alongamentos da cabeça e pescoço, membros superiores, inferiores e tronco (5 repetições).</p> <p>Ficou combinado com o senhor DM que iria todos os dias andar de bicicleta estática (10 min) e fazer pedaleira com os braços (10min) por dia.</p> <p><b>25/09/2023</b></p> <p>Força muscular de grau 4 no membro superior esquerdo, força de grau 4 no segmento proximal e força de grau 3 no segmento distal (tibiotalar) do membro inferior esquerdo, e força de grau 5 no hemicorpo direito.</p>
--	--	---



			<p>Treino de marcha de aproximadamente 100 metros ao ar livre (aproximadamente 10 minutos), com calçado e roupa adequados, com tolerância (partilhada com estudante e esposa).</p> <p>Realizou, com apoio no muro, a transferência de peso unipodal alternado, associado aos movimentos de flexão coxofemoral (até 90º) e flexão de joelho (até 90º) mantendo extensão da coxofemoral, flexão do joelho com flexão em simultâneo da coxofemoral (2 séries, 10 repetições), apoio de calcanhares/dedos dos pés com dorsiflexão/flexão plantar (2 séries, 10 repetições). Realizou treino de subir e descer degrau do passeio (2 séries, 10 repetições) com apoio unilateral (mobilizações ativas resistidas).</p> <p>Na sala, realizou pedaleira com os braços (5 min e com carga ligeira) para a frente e para trás. Flexão/extensão do cotovelo, abdução/adução, flexão/extensão do ombro com auxílio de embalagem de leite (1kg) e flexão/extensão dos dedos das mãos com auxílio da mola de treino de força (2 séries, 10 repetições) (mobilizações ativas resistidas)).</p> <p>No pátio do domicílio, realizou abdução/adução coxofemoral com auxílio de banda elástica nos dois membros (2 séries, 10 repetições). Contra a parede, realizou o movimento de flexão/extensão de ombro/cotovelo (2</p>
--	--	--	---



			<p>séries, 10 repetições). Subiu e desceu degrau da cozinha (sem apoio, mas com supervisão da estudante) com tolerância (2 séries, 10 repetições) (mobilizações ativas resistidas)).</p> <p>Reforçados os exercícios que devia fazer sozinho até à próxima sessão de enfermagem de reabilitação. Incentivado à realização de caminhada diária com a esposa.</p> <p><b>04/10/2023</b></p> <p>Força muscular de grau 4 no hemicorpo esquerdo e força de grau 5 no hemicorpo direito.</p> <p>Treino de marcha de aproximadamente 200 metros ao ar livre (aproximadamente 10 minutos), com calçado e roupa adequados, com tolerância (partilhada com estudante e esposa).</p> <p>Realizou agachamento apoiado no muro (2 séries, 10 repetições), apoio de calcanhares/dedos dos pés com dorsiflexão/flexão plantar (2 séries, 10 repetições). Realizou treino de subir e descer degrau do passeio (2 séries, 10 repetições) com supervisão (mobilizações ativas resistidas).</p>
--	--	--	--



			<p>Realizou flexão/extensão dos dedos das mãos com auxílio da mola de treino (3 séries, 10 repetições), flexão/extensão do cotovelo, abdução/adução, abdução/adução horizontal, flexão/extensão do ombro com auxílio de embalagem de 1kg (2 séries, 10 repetições) (mobilizações ativas resistidas)).</p> <p>Treino de subir e descer escadas (10 degraus) com apoio no corrimão e apoio unilateral da estudante, com tolerância (1 repetição) (mobilizações ativas resistidas)).</p> <p><b>10/10/2023</b></p> <p>Força muscular de grau 5 no hemicorpo esquerdo e direito.</p> <p>Treino de marcha de aproximadamente 300 metros ao ar livre (aproximadamente 10 minutos), com calçado e roupa adequados, com tolerância (partilhada com estudante e esposa).</p> <p>Realizou exercício de levantar/sentar da cadeira, mantendo o alinhamento corporal (3 séries, 10 repetições). Agachamento realizado ao lado da cadeira, sem apoio, mas com supervisão (3 séries, 10 repetições).</p>
--	--	--	---

			<p>No pátio, realizou flexão/extensão do ombro/cotovelo contra a parede, com tolerância e com supervisão (3 séries, 10 repetições).</p> <p>Flexão/extensão do cotovelo com embalagem de 1kg, abdução/adução, flexão/extensão do ombro com auxílio de bandas elásticas (3 séries, 10 repetições) (mobilizações ativas resistidas).</p> <p>Treino de subir e descer escadas (20 degraus) com apoio no corrimão, com supervisão da estudante, com tolerância (2 repetições).</p>
<p><b>20/09/2023</b></p> <p><b>Equilíbrio corporal comprometido:</b></p> <p>Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal;</p>	<p>Equilíbrio corporal comprometido:</p> <p>Melhorar o conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal;</p> <p>Melhorar a capacidade para</p>	<p>Avaliar e monitorizar o equilíbrio corporal, através da Escala de Berg (equilíbrio estático sentado e ortostático, equilíbrio dinâmico sentado e ortostático, se apresenta posições viciosas, deformidades da coluna, dismetria dedo/nariz, dismetria calcanhar/joelho, se suporta o peso corporal em diferentes posições).</p> <p>Avaliar o conhecimento da pessoa sobre técnica de equilíbrio corporal.</p>	<p><b>20/09/2023</b></p> <p>Presença de equilíbrio estático e dinâmico na posição sentado, equilíbrio estático em posição ortostática, sem equilíbrio dinâmico em posição ortostática, médio equilíbrio (score de 28/56 na Escala de Berg, score de 55 na Escala de Morse).</p> <p>Apresentou descoordenação motora, com dismetria na avaliação dedo/nariz do lado esquerdo e dismetria calcanhar/joelho do lado esquerdo. Sem dismetria no hemicorpo direito.</p> <p>Não demonstrou conhecimento sobre técnicas de equilíbrio corporal, mas demonstrou interesse e motivação para aprender, executar e melhorar o equilíbrio corporal, dispõe de roupa e calçado adequado;</p>



<p>Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal;</p> <p><b><u>Sistema de enfermagem parcialmente compensatório</u></b></p>	<p>usar técnica de equilíbrio corporal;</p>	<p>Avaliar a capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal.</p> <p>Executar técnica de treino de equilíbrio corporal (alternância de carga nos membros superiores e inferiores, apoio unipodal, contorno de obstáculos, exercícios de coordenação motora e facilitação cruzada).</p> <p>Estimular o equilíbrio corporal e coordenação de movimentos, através do alinhamento e correção postural diariamente.</p> <p>Ensinar/ instruir/ treinar a correção postural em frente ao espelho.</p> <p>Ensinar, instruir e treinar a pessoa para a execução autónoma da técnica de treino de equilíbrio corporal, em segurança, utilizando roupa e calçado adequados.</p>	<p>Ensinado e instruído para postura correta e alinhamento do corpo em posição sentado e em ortostatismo.</p> <p>Realizado ensino, instrução e treino da correção postural em frente ao espelho.</p> <p>Executou exercícios de facilitação cruzada sentado na cadeira com auxílio de comando de televisão (1 série, 10 repetições).</p> <p>Realizou marcha com apoio unilateral até o exterior, verificada presença de posição viciosa (ligeira elevação do ombro direito para tentar compensar o lado esquerdo).</p> <p><b>25/09/2023</b></p> <p>Presença de equilíbrio estático e dinâmico na posição sentado e equilíbrio estático em ortostatismo, ausente equilíbrio dinâmico ortostático, apesar do score de 43/56 na Escala de Berg representar um bom equilíbrio (score de 25 na Escala de Morse).</p>
---	---	--	--



			<p>Manteve ligeira descoordenação motora, ligeira dismetria na avaliação dedo/nariz do lado esquerdo e ligeira dismetria calcanhar/joelho do lado esquerdo.</p> <p>Realizado treino de correção postural em frente ao espelho.</p> <p>Realizou marcha sem apoio (100 metros), somente com supervisão da estudante, mantendo o alinhamento corporal.</p> <p>Executou exercícios de facilitação cruzada sentado na cadeira com auxílio de haltere de 0,5kg (2 séries, 10 repetições).</p> <p>Executou exercícios de coordenação motora com alternância de carga nos membros inferiores, apoio na cadeira (2 séries, 10 repetições).</p> <p>Contorno de obstáculos (vassoura, esfregona, vasos) no pátio, com tolerância (1 série, 5 repetições).</p> <p><b>04/10/2023</b></p> <p>Presença de equilíbrio estático e dinâmico na posição sentado, equilíbrio estático e dinâmico em posição ortostática, com bom equilíbrio (score de 51/56 na Escala de Berg, score de 15 na Escala de Morse).</p>
--	--	--	---



			<p>Apresentou coordenação motora, sem alterações na avaliação dedo/nariz e calcanhar/joelho do lado esquerdo.</p> <p>Realizou marcha sem apoio (200 metros), somente com supervisão da estudante, mantendo o alinhamento e correção postural.</p> <p>Executados exercícios de coordenação motora com alternância de carga nos membros inferiores, exercícios de cadeia cinética aberta e fechada, apoio unipodal, com suporte no muro (3 séries, 10 repetições). Contorno de obstáculos (vassoura, esfregona, vasos, tijolos) no pátio, com tolerância (2 séries, 5 repetições).</p> <p>Treino de subir e descer escadas (10 degraus) com apoio no corrimão e apoio unilateral da estudante, mantendo alinhamento do corpo e equilíbrio corporal (1 repetição).</p> <p><b>10/10/2023</b></p> <p>Presença de equilíbrio estático e dinâmico na posição sentado, equilíbrio estático e dinâmico em posição ortostática, com bom equilíbrio (score de 56/56 na Escala de Berg, score de 15 na Escala de Morse).</p>
--	--	--	--



			<p>Apresentou coordenação motora, sem alterações na avaliação dedo/nariz e calcanhar/joelho do lado esquerdo.</p> <p>Realizou marcha sem apoio (300 metros), somente com supervisão da estudante, mantendo o alinhamento e correção postural.</p> <p>Executados exercícios de coordenação motora com alternância de carga nos membros inferiores, exercícios de cadeia cinética aberta e fechada com apoio unipodal, suporte no muro (3 séries, 10 repetições).</p> <p>Contorno de obstáculos (vassoura, esfregona, vasos, tijolos) no pátio, com tolerância (3 séries, 5 repetições).</p> <p>Treino de subir e descer escadas (20 degraus) com apoio no corrimão, com supervisão da estudante, mantendo alinhamento do corpo e equilíbrio corporal (2 repetições).</p>
<b>20/09/2023</b>			<b>20/09/2023</b>
<b>Andar comprometido:</b>	Andar comprometido:	Avaliar a força muscular, utilizando a Escala de Força Muscular MRC.	Avaliada a força muscular, através da Escala de Força Muscular MRC. Apresenta força de grau 4 no membro superior esquerdo, força de grau 4 no segmento proximal e força de grau 3 no segmento distal do



Potencial para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar;	Melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar;	Avaliar o tónus muscular, através da Escala Modificada de Ashworth.	membro inferior esquerdo (tibiotalar), e força de grau 5 no hemitórax direito.
Potencial para melhorar conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para andar;	Melhorar conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para andar;	Avaliar a capacidade para andar, através Categorias Funcionais de Marcha.	Apresentou tónus muscular sem alteração, (0), no hemitórax esquerdo e direito.
Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para andar;	Melhorar o conhecimento sobre a técnica para andar;	Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar.	Apresentou-se dependente do auxílio de pessoa/ mobiliário para conseguir manter equilíbrio ou coordenação (categoria 2, segundo Categorias Funcionais de Marcha).
Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para andar;	Melhorar a capacidade para andar;	Avaliar o conhecimento sobre a técnica de adaptação para andar.	O senhor DM não tinha conhecimento sobre como o domicílio deveria estar adaptado, de forma a evitar quedas desnecessárias. Reconheceu que tinha dificuldades a andar e que estava dependente da ajuda da esposa.
		Identificar e gerir barreiras arquitetónicas presentes no domicílio.	
		Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para andar.	Foram identificados vários tapetes escorregadios, distribuídos pelo domicílio, que eram potenciadores para o aumento do risco de queda, tal como alguns objetivos simbólicos dispersos pelo corredor que obrigavam ao senhor DM a despojar-se do mobiliário ou parede para se desviar deles.
		Ensinar sobre adaptação do domicílio para andar.	A esposa foi envolvida nesta identificação de barreiras arquitetónicas, da qual não se tinha apercebido ainda, mas reconheceu que tinha de



<p>Potencial para melhor capacidade para andar;</p> <p><b><u>Sistema de enfermagem parcialmente compensatório</u></b></p>	<p>Promover a capacidade para andar autonomamente;</p>	<p>Ensinar prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para andar.</p> <p>Ensinar, instruir e treinar a técnica de andar.</p> <p>Ensinar, instruir e treinar o subir e descer escadas com apoio no corrimão.</p> <p>Ensinar, instruir e treinar o contorno de obstáculos durante o andar.</p> <p>Instruir sobre técnicas de posicionamento que promovem a correção postural.</p> <p>Incentivar e assistir no andar.</p> <p>Ensinar sobre a técnica respiratória (dissociação dos tempos respiratórios, respiração abdómen- diafragmática).</p>	<p>reajustar alguns locais, promovendo a passagem em segurança do esposo.</p> <p>Foi ensinado ao senhor DM e à esposa, que o domicílio sem tapetes escorregadios, sem objetos na passagem, promove o andar em segurança. Ensinada a importância de utilizar calçado prático, antiderrapante e roupa ajustada, nem larga nem demasiado apertada.</p> <p>Sem conhecimento dos posicionamentos a adotar para a promoção da correção postural e sobre a técnica correta de andar, porque exemplificou o andar completamente desalinhado e descoordenado.</p> <p>Ensino e instrução da postura correta e alinhamento do corpo em ortostatismo.</p> <p>Realizado ensino e instrução sobre a técnica de andar corretamente, mantendo alinhamento e correção postural, pés alinhados e direcionados para a frente, passos nem muito curtos, nem demasiado longos e movimentar os braços durante a marcha.</p> <p>Iniciou treino de marcha com apoio unilateral da estudante até ao exterior do domicílio (aproximadamente 30 metros), com calçado e roupa adequados às suas necessidades, com tolerância. Mostrou-se</p>
---	--	---	--



		<p>Definir estratégias adaptativas ao esforço (determinar a distância a percorrer, definir momentos para repouso e recuperação).</p> <p>Treinar a tolerância ao esforço em pequenas (até 5m), médias (até 30m) e grandes distâncias (superior a 30m) e a subir e descer escadas.</p> <p>Ensinar sobre a importância de utilizar vestuário e calçado adequado (roupa ajustada ao corpo e prática, sapatos fechados e antiderrapantes).</p>	<p>cansado no percurso, também porque ficou ansioso por querer praticar muitos exercícios em pouco tempo, contudo muito otimista para recuperar a marcha autónoma, foi incentivado a realizar a técnica de dissociação dos tempos respiratórios, utilizando uma respiração abdómen-diafragmática, que ajudou a reduzir a ansiedade e a recuperar do esforço;</p> <p>Incentivado a períodos de repouso sempre que considerasse necessário.</p> <p>Sem capacidade atual para subir e descer escadas em segurança.</p> <p><b>25/09/2023</b></p> <p>Força muscular de grau 4 no membro superior esquerdo, força de grau 4 no segmento proximal e força de grau 3 no segmento distal (tibiotalar) do membro inferior esquerdo, e força de grau 5 no hemitórax direito.</p> <p>Apresentou tônus muscular sem alteração, (0), no hemitórax esquerdo e direito.</p>
--	--	---	---



			<p>O senhor DM precisou apenas de supervisão verbal para andar eficazmente, com equilíbrio e mantendo a coordenação (categoria 3, segundo Categorias Funcionais de Marcha).</p> <p>Tendo em conta que as barreiras arquitetónicas foram eliminadas e o espaço ficou mais ajustado, o senhor DM conseguiu andar eficazmente pelas várias divisões do domicílio, com supervisão da estudante.</p> <p>Utilizou ténis práticos, antiderrapantes e fato de treino adequado.</p> <p>Treino de marcha de aproximadamente 100 metros ao ar livre (aproximadamente 10 minutos), com tolerância (partilhada com estudante e esposa).</p> <p>Contorno de obstáculos (vassoura, esfregona, vasos) no pátio, com tolerância (5 repetições, 1 sequência).</p> <p>Utilizou eficazmente a técnica respiratória, com dissociação dos tempos respiratórios. Mostrou-se sempre motivado e recetivo a indicações da estudante, como manter a correção postural com o tronco alinhado, olhar sempre em frente;</p>
--	--	--	---



			<p><b>04/10/2023</b></p> <p>Força muscular de grau 4 no hemicorpo esquerdo e força de grau 5 no hemicorpo direito.</p> <p>Apresentou tónus muscular sem alteração, (0), no hemicorpo esquerdo e direito.</p> <p>O senhor DM precisou de apoio unilateral para subir e descer escadas (categoria 4, segundo Categorias Funcionais de Marcha).</p> <p>Treino de marcha de aproximadamente 200 metros ao ar livre (aproximadamente 10 minutos), com calçado e roupa adequados, partilhada com estudante e esposa. Foi evidente uma marcha mais eficaz, com passadas e ritmo mais controlados. Repousou por períodos curtos.</p> <p>Contorno de obstáculos (vassoura, esfregona, vasos, tijolos) no pátio, com tolerância (2 séries, 5 repetições).</p> <p>Treino de subir e descer escadas (10 degraus) com apoio no corrimão e apoio unilateral da estudante, com tolerância (1 repetição) (mobilizações ativas resistidas)).</p>
--	--	--	---



			<p>A felicidade foi bastante evidente ao aperceber-se que voltou a visitar o sótão que contruiu. A evolução foi notória tanta para a estudante, como para o senhor DM.</p> <p><b>10/10/2023</b></p> <p>Força muscular de grau 5 no hemicorpo esquerdo e direito.</p> <p>Apresentou tónus muscular sem alteração, (0), no hemicorpo esquerdo e direito.</p> <p>O senhor DM ficou autónomo na marcha em qualquer lugar (categoria 5, segundo Categorias Funcionais de Marcha).</p> <p>Treino de marcha de aproximadamente 300 metros ao ar livre (aproximadamente 10 minutos), com calçado e roupa adequados, com bastante tolerância (partilhada com estudante e esposa).</p> <p>Contorno de obstáculos (vassoura, esfregona, vasos, tijolos) no pátio, com tolerância (3 séries, 5 repetições).</p>
--	--	--	---

			<p>Treino de subir e descer escadas (20 degraus) com apoio no corrimão, com supervisão da estudante, com tolerância (2 repetições).</p> <p>Autônomo no alinhamento e correção postural, marcha controlada e eficiente. Adequou os períodos de descanso às necessidades físicas durante o treino de marcha;</p> <p>Mostrou-se muito agradecido para com as enfermeiras que o ajudaram e motivaram a não desistir de andar, recuperando a sua independência tão desejada.</p>
<p><b>20/09/2023 a 10/10/2023</b></p> <p><b>Memória Comprometida;</b></p>	<p>Promover a estimulação da memória comprometida.</p> <p>Fortalecer a função cognitiva e mental.</p>	<p>Avaliar a memória comprometida, utilizando como recurso o Mini-Exame do Estado Mental.</p> <p>Avaliar a memória comprometida.</p> <p>Ensinar, instruir e treinar técnicas de treino da memória.</p>	<p><b>20/09/2023 a 10/10/2023</b></p> <p>Avaliado estado de consciência de acordo com a Escola de Coma de Glasgow (score 15). Encontrou-se sempre orientado na pessoa, espaço e pessoa, com abertura ocular espontânea e cumpriu ordens simples e complexas.</p> <p>No dia 20/09/23 foi realizada a avaliação da memória do senhor DM, não apresentou alterações na memória sensorial, imediata e remota. Contudo, verificou-se alteração na memória recente. Não conseguiu nomear o que comeu nas refeições do dia anterior, esquece-se dos nomes das enfermeiras, antes de terminar a sessão de reabilitação.</p>



<p><b><u>Sistema de enfermagem apoio- educação</u></b></p>	<p>Contribuir para a interação familiar e social.</p>	<p>Promover o uso de técnica auxiliar de memória.</p> <p>Providenciar dispositivo de memória.</p> <p>Desenvolver atividades físicas no ambiente rural/externo ao domicílio.</p> <p>Estimular a interação social com família, amigos e conhecidos.</p> <p>Promover o bem-estar físico e mental.</p>	<p>Realizado teste de memória no dia 20/09/23, utilizando o MMSE com resultado de 23 pontos - Literacia de 3 a 6 anos. Corresponde à realidade do senhor DM, uma vez que frequentou a 4.ª classe segundo o próprio. Realizou-se novamente o teste de memória no dia 10/10/23, notou-se uma pequena diferença de pontos, 26 pontos - Literacia de 3 a 6 anos.</p> <p>Realizou-se em todas as sessões de reabilitação, treino de memória visual, utilizando algumas fotos existentes na sala, objetos ou equipamentos disponíveis no domicílio ou exterior, conseguiu identificar e nomear todos eles, mas com necessidade de se concentrar e de responder no seu tempo.</p> <p>No que toca à gestão do regime terapêutico, no dia 20/09/23 mostrou-se frustrado quando foi à gaveta da terapêutica de ambulatório para nomear toda a medicação que fazia e percebeu que não conseguia identificar todos sem a ajuda da esposa, que impaciente, desmotivava o senhor DM. Verificou-se que ambos com a ajuda da filha, organizaram a terapêutica por áreas, área do jejum, pequeno-almoço, almoço e jantar. Após transmitir confiança, relaxamento e segurança, o senhor DM conseguiu nomear toda a medicação que faz, inclusive dizer quantos comprimidos tomava a cada refeição.</p>
--	---	--	---



			<p>Durante o treino de marcha em ambiente rural, foi estimulada a cognição através de perguntas de orientação no tempo, espaço e pessoa. Notou-se que no dia 25/09/23 suspendia a marcha para pensar e responder, mas no dia 04/10/23 e 10/10/23 já conseguiu responder a questões sem interromper a marcha. Notou-se uma evolução na confiança e segurança em responder ao mesmo tempo que cumpria uma atividade complexa.</p> <p>Estimulou-se o contacto e interação com os vizinhos e familiares em cada treino de marcha.</p> <p>No dia 25/09/23, sentado à mesa, foi solicitado que se concentrasse num jogo composto por imagens com objetos (bola, pato, vassoura, telemóvel, garrafa, limão, sapato, banana, camisola). Conseguiu identificá-las com necessidade de algum tempo.</p> <p>No dia 04/10/23 e 10/10/23 evidenciou uma boa evolução no treino de memória, conseguiu gradualmente identificar através de jogo de frases, provérbios tradicionais e fez a ligação das frases sozinho, com algum tempo para pensar, juntar e reler os provérbios. Ficou bastante feliz por se ter lembrado de associar os provérbios escritos aos que conhecia há muitos anos.</p>
--	--	--	--



			<p>Foi estimulado a adaptar num calendário, o registo de datas importantes, auxiliado pela esposa, de forma a não se esquecer de acontecimentos importantes (aniversários), datas de consultas. Escreveu algumas datas importantes, promovendo a sua autonomia na tarefa e não sobrecarregando a esposa com o encargo de saber as datas todas. Ficou motivado por continuar a acrescentar datas à sua nova agenda diária.</p> <p>A estimulação cognitiva realizada ao longo das sessões de reabilitação ajudou o senhor DM a adaptar-se a uma dificuldade diária que interfere no seu bem-estar físico e mental. Contribuiu para treinar a memória, exercitando o cérebro.</p> <p>Conseguiu ganhar mais confiança nas suas capacidades funcionais, enquanto homem e esposo. Notou-se mais animado.</p>
<b>20/09/2023 a 25/09/2023</b>	Avaliar a necessidade de cuidados nos autocuidados.	<b>20/09/2023 a 25/09/2023</b>  Monitorizar o autocuidado segundo o Índice de Barthel e Escala de MIF.	<b>20/09/2023 a 25/09/2023</b>  Apresentou dependência em grau moderado (Índice de Barthel- 55/70; Escala de MIF- 87/92).  O senhor DM não conseguia tomar banho sozinho, conseguia ficar de pé durante o banho, mas apoiava-se na parede enquanto a esposa lhe



	<p>Desenvolver estratégias adaptativas para a realização dos autocuidados.</p> <p>Promover o máximo de autonomia nos autocuidados.</p> <p>Contribuir para o bem-estar físico e mental.</p>	<p>Avaliar a necessidade de equipamentos/materiais de apoio durante os autocuidados.</p> <p>Ensinar, instruir e treinar para a autonomia no autocuidado.</p> <p>Ensinar, instruir e treinar a utilização de materiais de apoio (barras de apoio, banco de apoio, esponja com cabo largo e flexível, tapete antiderrapante) no autocuidado.</p> <p>Estimular a autonomia e a máxima independência no autocuidado através da realização de exercícios de força, equilíbrio, coordenação, motricidade fina e preensão fina.</p>	<p>dava banho. Foram incentivados a adquirir um suporte de apoio fixo para a parede, um banco com suporte aderente no piso molhado para se sentar e tomar banho, sem cair ou escorregar. Foi sugerido ainda que adquirissem uma esponja de largo e flexível para que o senhor DM conseguisse lavar todas as partes do corpo, sem necessidade de ajuda da esposa.</p> <p>O senhor conseguia alimentar-se sozinho, mas precisava de ajuda para cortar os alimentos preparados. Foi ensinado a realizar exercícios de motricidade fina, utilizando mola da roupa para flexão/extensão dos dedos das mãos, dando ênfase à mão esquerda (2 séries de 5 repetições).</p> <p>Conseguia lavar os dentes, pentear-se, mas não conseguia fazer a barba eficazmente. Apresentava dificuldade em vestir e despir a roupa, manter-se de pé enquanto vestia a roupa. Foi incentivado a realizar os exercícios de força e de equilíbrio de forma a conseguir ganhar autonomia nas tarefas que lhe eram muito importantes realizar eficazmente. Foi estimulado a vestir camisas que exigissem abotoar/desabotoar os botões, para trabalhar a preensão fina.</p> <p>A transferência o senhor conseguia fazê-la com apoio da esposa, mas com desequilíbrio e descoordenação, foi incentivado à realização de todos os exercícios de força, equilíbrio e coordenação (mencionados</p>
--	--	--	--



<p><b>04/10/2023</b></p> <p><b>Autocuidado dependente, em grau reduzido</b></p>			<p>acima no plano de cuidados), de forma a capacitá-lo para a transferência autónoma e segura.</p> <p>O senhor DM e a esposa foram estimulados para a aquisição do material/equipamentos de apoio que contribuíssem para a autonomia do senhor DM e para a diminuição do risco de queda. Ficaram empenhados na aquisição de material que facilitasse os autocuidados.</p> <p><b>04/10/2023</b></p> <p>Apresentou dependência em grau reduzido (Índice de Barthel- 95; Escala de MIF- 109).</p> <p>Adquiriram e utilizaram tapete antiderrapante, um banco de apoio no duche durante os primeiros dias, aplicaram um suporte fixe na parede para o senhor DM se apoiar durante o banho e ainda compraram uma esponja de cabo longo e flexível.</p> <p>Conseguiu autocuidar-se na casa de banho, necessitando supervisão da esposa e de apoio unilateral a sair do duche com o piso molhado. Utilizou o suporte de apoio para se apoiar a lavar os membros inferiores.</p>
---	--	--	--



<p><b>10/10/2023</b></p> <p><b>Autocuidado totalmente independente</b></p> <p><b><u>Sistema de enfermagem parcialmente compensatório</u></b></p>			<p>Autónomo a alimentar-se e a cortar alimentos preparados.</p> <p>Conseguiu transferir-se autonomamente sem apoio.</p> <p>A vestir e despir a roupa, necessita somente de apoio para vestir/despir as meias porque já se conseguiu calçar ténis práticos, sem atacadores.</p> <p>Encontrou-se feliz e motivado para continuar o plano de treino direcionado às suas necessidades.</p> <p><b>10/10/2023</b></p> <p>Apresentou-se totalmente independente (Índice de Barthel- 100; Escala de MIF- 121).</p> <p>Conseguiu participar nas atividades de vida diária, como cozinhar, arrumar a casa.</p> <p>Totalmente autónomo nos autocuidados vestir, higiene pessoal, transferir-se, alimentar-se.</p>
<p><b>20/09/2023</b></p>			<p><b>20/09/2023</b></p>



<p><b>Risco de Queda, em grau elevado;</b></p>	<p>Diminuir o risco de queda.</p> <p>Promover o ambiente seguro para a prática dos cuidados de reabilitação.</p> <p>Envolver o prestador de cuidados na promoção do espaço seguro e organizado.</p>	<p>Avaliar o risco de queda, utilizando a EQM, a EEB e a Escala de Força Muscular MRC.</p> <p>Identificar os fatores de risco que levam a ocorrência de quedas: Diminuição da acuidade visual (sem óculos graduados); alteração do equilíbrio corporal; alteração do padrão normal da marcha.</p> <p>Otimizar o espaço físico no domicílio, eliminando barreiras arquitetónicas, promovendo o chão limpo e seco, sem tapetes escorregadios.</p> <p>Desobstruir os locais de passagem da pessoa.</p> <p>Auxiliar a pessoa na marcha autónoma e em segurança.</p> <p>Incentivar a pessoa na marcha autónoma e em segurança.</p>	<p>EQM- 55; EEB- 28/56; Escala de Força Muscular MRC- 4/5 no membro superior esquerdo e segmento proximal do membro inferior esquerdo, 3/5 no segmento distal (tibiotalar e dedos do pé) à esquerda, 5/5 no hemitórax direito.</p> <p>Identificaram-se como fatores de risco que aumentam o risco de queda: diminuição da acuidade visual (sem óculos graduados); diminuição do equilíbrio; alteração do padrão da marcha;</p> <p>Foi estabelecido o plano de cuidados de reabilitação mediante as necessidades pessoais do senhor DM, de forma simples e seguro;</p> <p>O espaço físico encontrava-se com alguns tapetes escorregadios, objetos e materiais decorativos a obstruir a passagem livre e em segurança, nesse sentido, procedeu-se ao ensino e instrução do senhor DM e esposa, sobre a necessidade de manter corredores livres, sem tapetes escorregadios, sem objetos que aumentem o risco de queda.</p> <p>Foi dado apoio unilateral ao senhor DM durante o percurso realizado até ao exterior do domicílio, com utilização de calçado e roupa adequados.</p>
--	---	---	---



<p><b>25/05/2023</b></p> <p><b>Risco de Queda, em grau reduzido;</b></p>		<p>Incentivar à utilização de calçado prático, fechado e antiderrapante, bem como roupa ajustada ao corpo que permita movimentar-se livremente.</p> <p>Ensinar e instruir para a prática de medidas preventivas de quedas no domicílio.</p> <p>Ensinar e instruir o prestador de cuidados a adotar medidas preventivas de quedas no domicílio.</p>	<p>Incentivado à marcha controlada, em segurança, mantendo o alinhamento e correção postural, sem distrações, mantendo o olhar em frente, evitando tropeçar e escorregar.</p> <p><b>25/05/2023</b></p> <p>EQM- 25; EEB- 43/56; Escala de Força Muscular MRC- 4/5 no membro superior esquerdo e segmento proximal do membro inferior esquerdo, 3/5 no segmento mais distal (dedos do pé) à esquerda, 5/5 no hemisfério direito.</p> <p>O senhor DM precisou apenas de supervisão verbal para andar eficazmente, com equilíbrio e mantendo a coordenação.</p> <p>Tendo em conta que as barreiras arquitetónicas foram eliminadas e o espaço ficou mais ajustado, o senhor DM conseguiu andar eficazmente pelas várias divisões do domicílio, com supervisão da estudante.</p> <p>Reforçada a necessidade do senhor DM utilizar os óculos graduados para conseguir ver bem.</p> <p>Utilizou ténis práticos, antiderrapantes e fato de treino adequados.</p>
--	--	--	--



<p><b>04/10/2023</b></p> <p><b>Sem Risco de Queda;</b></p>			<p>Treino de marcha de aproximadamente 100 metros ao ar livre com tolerância, sem tropeçar ou escorregar.</p> <p><b>04/10/2023</b></p> <p>EQM- 15/15; EEB- 51/56; Escala de Força Muscular MRC- 4/5 no hemicorpo esquerdo, 5/5 no hemicorpo direito.</p> <p>Treino de marcha de aproximadamente 200 metros ao ar livre, com calçado e roupa adequados, partilhada com estudante e esposa. Foi evidente uma marcha mais eficaz, com passadas e ritmo mais controlados.</p> <p>Contorno de obstáculos mantendo o equilíbrio e coordenação de movimentos, levantando e apoiando os pés corretamente sem tropeçar nos objetos.</p> <p>Treino de subir e descer escadas (10 degraus) com apoio no corrimão e apoio unilateral da estudante, com tolerância.</p>
--	--	--	--



<p><b>10/10/2023</b></p> <p><b>Sem Risco de Queda;</b></p> <p><b><u>Sistema de enfermagem parcialmente compensatório</u></b></p>			<p><b>10/10/2023</b></p> <p>EQM- 15/15; EEB- 56/56; Escala de Força Muscular MRC- 5/5 no hemicorpo esquerdo e direito.</p> <p>Treino de marcha de aproximadamente 300 metros ao ar livre, com calçado e roupa adequados, com bastante tolerância (partilhada com estudante e esposa).</p> <p>Contorno de obstáculos sem dificuldades, mantendo controlo postural, equilíbrio e coordenação de movimentos.</p> <p>Treino de subir e descer escadas (20 degraus) com apoio no corrimão, com supervisão da estudante, com tolerância.</p> <p>Autónomo no alinhamento e correção postural, marcha controlada e eficiente.</p>
--	--	--	---



## CONCLUSÃO

O investimento em programas de reabilitação individualizados e intensos do ponto de vista do plano de treino, permite a recuperação e o ganho de independência funcional que as pessoas precisam para o bem-estar físico, mental e social.

Desenvolver este estudo de caso sobre o senhor DM foi uma decisão bastante enriquecedora e motivadora, isto porque consegui desenvolver um plano de cuidados de reabilitação assente nas necessidades específicas do senhor DM que sofreu um AVC isquémico, deixando-o debilitado e dependente da esposa.

Aquando do AVC, já no domicílio, deparei-me com um senhor desmotivado, triste, com sequelas motoras por reabilitar e com necessidades de estimulação neurosensorial e cognitiva. Implementei o plano de cuidados de reabilitação que me foi possível desenvolver em contexto de domicílio, pois o facto de as visitas domiciliárias serem num curto espaço de tempo durante a manhã, não me permitiu intervir diretamente no autocuidado higiene, alimentar-se, vestir-se, porque não existia tempo suficiente. Na impossibilidade, foi essencial o apoio e parceria de cuidados com a esposa que se dedicou todos os dias. Apesar desta situação, consegui deixar no seu domicílio, um senhor feliz, agradecido, motivado para viver, com ganhos funcionais motores e cognitivos e essencialmente independente nos autocuidados e apto para a realização das atividades de vida diária. Verificou-se uma evolução gradualmente favorável no senhor DM.

Para mim, enquanto estudante da especialidade de enfermagem de reabilitação, é formidável obter resultados visíveis e reconhecidos pela pessoa que reabilitamos.

Durante a avaliação inicialmente realizada foram identificadas várias necessidades de cuidados no senhor DM, destacando o ganho de força muscular, equilíbrio corporal e coordenação motora, necessidades fundamentais para a capacidade de marcha autónoma. Através de muita força de vontade, motivação e empenho diário, o senhor DM conseguiu obter resultados muito positivos e reconhecidos do seu trabalho. Conseguiu realizar uma marcha autónoma e segura, um dos seus principais objetivos após a ocorrência do AVC. Ficou totalmente autónomo e capacitado de ferramentas que irão contribuir para os seus ganhos funcionais motores e cognitivos, enriquecendo a sua qualidade de vida e bem-estar físico, mental e social.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Berg, K. O., Wood-Dauphinee, S. L., Williams, J. I., & Maki, B. (1992). Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*, 83 Suppl 2, S7-S11. <https://www.researchgate.net/publication/21687774> Measuring balance in the elderly Validation of an instrument
- 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>
- Borg, G. A. (1982). Psychophysical bases of perceived exertion. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 14 (5), 377-381. [https://journals.lww.com/acsm-msse/Abstract/1982/05000/Psychophysical\\_bases\\_of\\_perceived\\_exertion.12.aspx](https://journals.lww.com/acsm-msse/Abstract/1982/05000/Psychophysical_bases_of_perceived_exertion.12.aspx)
- Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). "Mini-Mental State" a Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12: 189-198. [https://turkpsikiyatri.org/arsiv/mmse\\_folstein\\_mchugh.pdf](https://turkpsikiyatri.org/arsiv/mmse_folstein_mchugh.pdf)
- Granger, C. V., Hamilton, B. B., Keith, R. A., Zielezny, M. & Sherwin, F. S. (1986). Advances in functional assessment for medical rehabilitation. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 1(3): 59-74. [http://journals.lww.com/topicsingeriatricrehabilitation/Abstract/1986/04000/Advances\\_in\\_functional\\_assessment\\_for\\_medical.7.aspx](http://journals.lww.com/topicsingeriatricrehabilitation/Abstract/1986/04000/Advances_in_functional_assessment_for_medical.7.aspx)
- Holden, M. K., Gill, K. M., & Magliozzi, M. R. (1986). Gait assessment for neurologically impaired patients. Standards for outcome assessment. *Physical therapy*, 66(10), 1530-1539. <https://doi.org/10.1093/ptj/66.10.1530>
- Mahoney, FI. & Barthel, D. (1965). "Functional evaluation: the Barthel Index." *Maryland State Med Journal*, 14, 56-61. <https://www.kcl.ac.uk/nmpc/assets/rehab/tools-bi-functional-evaluation-the-barthel-index.pdf>
- Medical Research Council. (1976). Aids to the examination of the peripheral nervous system (War Memorandum No. 7). London: Her Majesty's Stationery Office. <https://www.ukri.org/wp-content/uploads/2021/12/MRC-011221-AidsToTheExaminationOfThePeripheralNervousSystem.pdf>
- Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I. & Vieira, C. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um Envelhecer Resiliente* (1.ª Edição). Lusociência.



Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos valores normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse*, 9(2),10-16.  
[https://www.spneurologia.com/edition\\_download.php?id=55](https://www.spneurologia.com/edition_download.php?id=55)

Norma n.º 008/2019 de 9 de dezembro. Decreto Regulamentar nº 14/2012- n.º 2, artigo 2 (2012). Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>

Ordem dos Enfermeiros (2018). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. Assembleia do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Lisboa. Consultado em:  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4\\_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf)

Orem, D.E. (2001). *Nursing:Conceptsof practise*, 6th edition; St. Louis, MO: Mosby  
Regulamento n.º 392/2019 de 3 de maio. Diário da República n.º 85/2019 – II Série. (2019). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Consultado em:  
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>

Teasdale, G., & Jennett, B. (1974). Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. *The Lancet* (London, England), 2(7872), 81–84.  
[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(74\)91639-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(74)91639-0)

## **ANEXOS**



## ANEXO 1: ESCALA DE BORG MODIFICADA

<b>Escala de Borg modificada</b>	
<b>0</b>	Nenhuma
<b>0,5</b>	Muito, muito leve
<b>1</b>	Muito leve
<b>2</b>	Leve
<b>3</b>	Moderada
<b>4</b>	Pouco intensa
<b>5</b>	Intensa
<b>6</b>	
<b>7</b>	Muito intensa
<b>8</b>	
<b>9</b>	Muito, muito intensa
<b>10</b>	Máxima



## ANEXO 2: ESCALA DE COMA DE GLASGOW

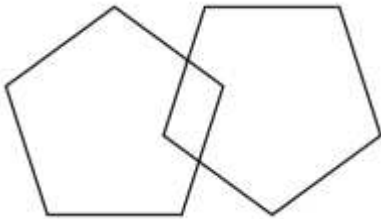
<b>Variáveis</b>		<b>Score</b>
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece a comandos	6
	Localiza a dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1



## ANEXO 3: MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL MMSE

<b>Mini-Exame do Estado Mental MMSE (Adaptação a caso prático)</b>		
<b>Orientação</b> (1 ponto por cada resposta correta)	<b>Pontuação máxima:</b>	<b>Total de pontos:</b>
Em que ano está?____ Em que mês está?____ Em que dia do mês está?____ Em que dia da semana está?____ Em que estação do ano está?____  Em que país está?____ Em que distrito vive?____ Em que terra vive?____ Em que casa está?____ Em que andar está?____		
<b>Retenção</b> (1 ponto por cada palavra corretamente repetida)	<b>Pontuação máxima:</b>	<b>Total de pontos:</b>
Dizer três palavras, pedir que as repita, mas só depois de as dizer todas, pedir para tentar decorá-las. Maçã____ Cão____ Bola____		
<b>Atenção e Cálculo</b> (1 ponto por cada resposta correta. Se errar 1 vez, mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas)	<b>Pontuação máxima:</b>	<b>Total de pontos:</b>
Pedir para dizer quantos são 40 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até dar 5 respostas. 37__ 34__ 31__ 28__ 25__		
<b>Evocação</b> (1 ponto por cada resposta correta)	<b>Pontuação máxima:</b>	<b>Total de pontos:</b>
Pedir para dizer as palavras que já se tinha pedido para decorar. Maçã____ Cão____ Bola____		



<b>Linguagem</b> (1 ponto por cada resposta correta)	<b>Pontuação máxima:</b>	<b>Total de pontos:</b>
<p>a) Mostrar 2 objetos e perguntar como se chamam. Relógio__ Óculos__</p> <p>b) Pedir para repetir a frase “O rato roeu a rolha” __</p> <p>c) Pedir para quando lhe der uma folha de papel, pegue nela com a mão esquerda, dobre-a ao meio e ponha-a sobre a mesa, utilizando as duas mãos. Pega com a mão esquerda__ Dobra a folha ao meio__ Coloca-a sobre a mesa__</p> <p>d) Mostrar numa folha de papel a seguinte frase “Fechar os olhos”, e pedir que faça o que lê. Se for analfabeto, lê-se a frase. Fechou os olhos__</p> <p>e) Pedir para escrever uma frase com sentido, numa folha de papel. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido, os erros gramaticais não prejudicam a pontuação. Frase_____</p> <p>f) Pedir para desenhar numa folha de papel, dois pentágonos que se cruzam, cada lado com cerca de 2,5cm, e pedir que o copie exatamente como está na folha. Cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais interseccionados. Não se valoriza o tremor ou rotação.</p> 		
<b>Legenda:</b> Até 22 pontos - Literacia de 0 a 2 anos; 23 a 26 pontos- Literacia de 3 a 6 anos; 27 a 30 pontos - Literacia igual ou > a 7 anos.		



## ANEXO 4: ESCALA DE FORÇA MUSCULAR MRC

<b>Escala de Força Muscular MRC</b>	
<b>0</b>	Sem contração muscular palpável ou visível
<b>1</b>	Contração palpável ou visível, mas sem movimento do membro
<b>2</b>	Movimento sem vencer a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular
<b>3</b>	Movimento que vence a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular, mas não vence resistência
<b>4</b>	Movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade
<b>5</b>	Força normal



## ANEXO 5: ESCALA MODIFICADA DE ASHWORTH

<b>Escala Modificada de Ashworth</b>	
<b>0</b>	Tónus normal
<b>1</b>	Hipertonia muito ligeira (mínima resistência no final do movimento)
<b>1+</b>	Hipertonia muito ligeira (mínima resistência durante todo o movimento)
<b>2</b>	Hipertonia ligeira durante a maior parte do movimento
<b>3</b>	Hipertonia moderada (o movimento passivo é difícil)
<b>4</b>	Hipertonia grave (o movimento passivo é impossível)



## ANEXO 6: ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG

Escala de Equilíbrio de Berg		
Descrição dos itens	Pontuação (0-4)	
1) Posição sentada para posição em pé		
2) Permanecer em pé sem apoio		
3) Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho		
4) Posição em pé para posição sentada		
5) Transferências		
6) Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados		
7) Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos		
8) Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé.		
9) Apanhar um objeto do chão a partir da posição em pé.		
10) Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé.		
11) Girar 360 graus		
12) Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio		
13) Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente		
14) Permanecer em pé sobre uma perna		
TOTAL		
<b>Legenda: 0 - incapaz de executar, 4 - capaz de executar de forma independente) obtendo um score total de 56 pontos.</b>		
<b>Legenda: 41-56 = baixo risco de queda / equilíbrio bom; 21-40 = médio risco de queda / equilíbrio médio; 0 - 20 = elevado risco de queda / equilíbrio diminuído.</b>		



## ANEXO 7: ESCALA DE QUEDAS DE MORSE

Escala de Quedas de Morse	
Item	Pontuação
1. História de Quedas, no internamento ou nos últimos 3 meses. Não Sim	0 25
2. Diagnósticos secundários Não Sim	0 15
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andarilho Apoia-se no mobiliário para andar	0 15 30
4. Terapia intravenosa Não Sim	0 20
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilitado Dependente de ajuda	0 10 20
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0 15
<b>Legenda: Sem risco (0 e ≤ 24 pontos); Baixo risco (≥ 25 e ≤ 50 pontos); Alto risco (≥ 51 pontos).</b>	



## ANEXO 8: CATEGORIAS FUNCIONAIS DE MARCHA

<b>Categorias Funcionais de Marcha</b>	
<b>Categoria</b>	<b>Definição</b>
0	O indivíduo não pode andar ou requer suporte de duas ou mais pessoas
1	O indivíduo precisa de suporte contínuo de uma pessoa que ajude com o seu peso e equilíbrio
2	O indivíduo é dependente com suportes contínuos ou intermitentes com uma pessoa auxiliando no equilíbrio ou coordenação
3	O indivíduo precisa de apenas supervisão verbal
4	O suporte é requerido para escadas e superfícies irregulares
5	O indivíduo pode andar independentemente em qualquer lugar



## ANEXO 9: ÍNDICE DE BARTHEL

<b>Índice de Barthel</b>	
Alimentação	0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc. 10 = Independente (a comida é providenciada)
Transferências	0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se 5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se 10 = Pequena ajuda (verbal ou física) 15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas.
Higiene Pessoal	0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal 5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)
Utilização de Casa de banho	0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho 10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)
Tomar banho	0 = Dependente 5 = Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)
Mobilidade	0 = Imobilizado 5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc. 10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física) 15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)
Subir e descer escadas	0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão 10 = Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala)
Vestir	0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda 10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)
Controlo Intestinal	0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres) 5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana) 10 = Contigente (não apresenta episódios de incontinência)
Controlo Vesical	0 = Incontinente ou algaliado 5 = Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas) 10 = Contigente (por mais de 7 dias)
<b>Interpretação do Resultado</b>	100 pontos - totalmente dependente independente 99 a 76 pontos - dependência leve



	75 a 51 pontos - dependência moderada 50 a 26 pontos - dependência severa 25 e menos pontos - dependência total
--	---



## ANEXO 10: ESCALA DE MIF

Escala de MIF		Data de avaliação
<b>Autocuidado</b>		
A - Alimentação		
B - Higiene pessoal		
C - Banho		
D - Vestir metade superior		
E - Vestir metade inferior		
F - Utilização da sanita		
<b>Controlo de Esfíncteres</b>		
G - Vesical		
H - Intestinal		
<b>Transferência</b>		
I - Cama, cadeira, cadeira de rodas		
J - Sanitário		
K - Banheira, duche		
<b>Locomoção</b>		
L - Marcha, cadeira de rodas		
M - Escadas		
<b>Comunicação</b>		
N - Compreensão		
O - Expressão		
<b>Cognição Social</b>		
P - Interação social		
Q - Resolução de problemas		
R - Memória		
<b>TOTAL</b>		
<b>Legenda</b>		
<b>Nível</b>	7 - Independência completa (segurança, em tempo normal). 6 - Independência modificada (utilização de produto de apoio)	<b>Sem ajuda</b>
	<b>Dependência modifica (o indivíduo realiza pelo menos 50% do esforço)</b> 5 - Supervisão 4 - Ajuda mínima (indivíduo $\geq$ 75%)	<b>Ajuda</b>



	<p>3 - Ajuda moderada (indivíduo <math>\geq</math> 50%) Dependência completa (o indivíduo realiza menos de 50% do esforço)</p> <p>2 - Ajuda máxima (indivíduo <math>\geq</math> 25%)</p> <p>1 - Ajuda total (indivíduo <math>&lt;</math> 25 %)</p>	
--	--	--



EGAS MONIZ SCHOOL  
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
EGAS MONIZ

APÊNDICE 16: PÓSTER DE REVISÃO *SCOPING* -  
INTERVENÇÕES DO EEER QUE PROMOVEM A MARCHA NA  
PESSOA APÓS AVC

## Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação que promovem a marcha na pessoa após Acidente Vascular Cerebral

### Revisão Scoping

Joana Teodoro<sup>1,2</sup> & Júlio Fernandes<sup>1</sup>

Egas Moniz School of Health & Science<sup>1</sup>

#### INTRODUÇÃO

O AVC é um dos principais problemas de saúde de elevada magnitude, quer em termos de registo de mortalidade, quer em registo de doença e incapacidade. A prevenção de complicações ou agudização da doença é essencial através da elaboração de programas de reabilitação após AVC (Direção Geral da Saúde, 2022). Tanto na fase aguda como na fase crónica, a recuperação da capacidade de marcha é um dos principais objetivos da reabilitação (Poli et al., 2013; Selves et al., 2020). Deste modo, torna-se essencial identificar as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EER) que promovem a marcha na pessoa com AVC.

**Palavras-chave:** AVC; Reabilitação; Enfermagem; Fisioterapia; Marcha

#### OBJETIVO

Identificar as Intervenções do EER que promovem a marcha na pessoa após AVC.

#### METODOLOGIA

**Questão de investigação (PCC):** Quais as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (C) que promovem a marcha (C) na pessoa após AVC (P)?

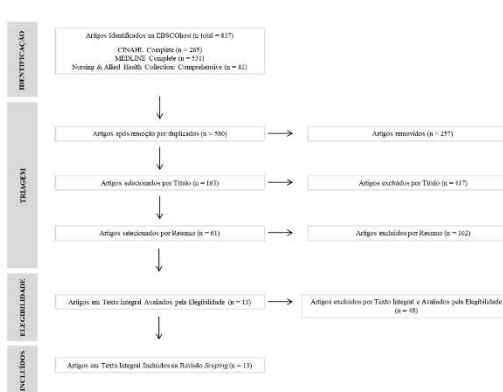
**Método da revisão de scoping:** Joanna Briggs Institute [(JBI) Peters et al., 2015]

**Base de dados:** CINAHL Complete, MEDLINE complete e Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive (EBSCO HOST via Ordem dos Enfermeiros)

**Equação Booleana:** Stroke AND Rehabilitation AND Gait

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Intervenções de reabilitação na marcha em pessoas com AVC	Sem correlação com o objeto de estudo
Limite temporal 2013-2023	Data anterior a 2013
Idioma em português e inglês	Idioma dispar de português e inglês
Texto integral	Não disponível em texto integral
Fontes como revistas académicas, estudos qualitativos e quantitativos, mistos, revisões de literatura	Fontes como dissertações e teses de mestrado Artigos repetidos nas diferentes bases de dados

*Fluxograma de inclusão e exclusão dos artigos científicos a reter no estudo*



*Fluxograma da PRISMA para seleção dos estudos*

#### RESULTADOS

##### Categoria 1- Intervenções de reabilitação com auxílio tecnológico

- Exosqueleto e suporte de peso corporal em passadeira (Choi, 2022);
- Extensor de braço robótico e suporte de peso corporal em solo/escadas (Aprile et al., 2017);
- Órtese de perna robótica vestível em várias velocidades (Li et al., 2015);
- Membro híbrido assistido no membro inferior do lado afetado em andarilho móvel (Mizukami et al., 2017);
- Estimulação elétrica funcional no membro inferior (Sharif, et al., 2017);

##### Categoria 2- Intervenções de reabilitação com recurso a material/equipamento de auxílio

- Estimulação auditiva rítmica com música (Cha et al., 2014);
- Observação de ação funcional (Oh et al., 2019);
- Imaginação motora guiada com auxílio de gravação (Sawant, 2020);
- Palmilha colocada no pé do lado não afetado (An et al., 2020);
- Marcha em passadeira, para trás, com suporte de peso corporal (Kyung et al., 2017);
- Marcha para trás em barras paralelas (Kale et al., 2019);

##### Categoria 3- Intervenções de reabilitação desenvolvidas no solo

- Treino de marcha em circuito (Malik & Amjad, 2018);
- Treino de marcha para trás (DeMark et al., 2019).

#### CONCLUSÕES

As intervenções de reabilitação analisadas estão categorizadas de acordo com a abordagem dos exercícios. Em comum, possibilitam a melhoria do padrão da marcha, força muscular, equilíbrio e independência funcional.

Em geral, os estudos apontam para a importância de abordagens multidisciplinares e combinadas, que potencializam os resultados da reabilitação da marcha. Os programas de reabilitação na marcha devem ser iniciados precocemente, pois são essenciais à readaptação motora, independência funcional e melhoria da qualidade de vida da pessoa com AVC.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS







EGAS MONIZ SCHOOL  
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
EGAS MONIZ

ANEXO 1: CERTIFICADO - PUBLICAÇÃO DE ARTIGO  
CIENTÍFICO



EGAS MONIZ SCHOOL  
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
EGAS MONIZ



Journal of  
*Clinical Medicine*

an Open Access Journal by MDPI



## CERTIFICATE OF PUBLICATION



The certificate of publication for the article titled:

Current Trends in Gait Rehabilitation for Stroke Survivors: A Scoping Review of Randomized Controlled Trials

Authored by:

Joana Teodoro; ; Júlio Belo Fernandes

Published in:

*J. Clin. Med.* 2024, Volume 13, Issue 5, 1358



Academic Open Access Publishing  
since 2006

Basel, June 2024

Prof. Dr. Emmanuel Andrés  
Editor-in-Chief



EGAS MONIZ SCHOOL  
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
EGAS MONIZ

ANEXO 2: CERTIFICADO - PARTICIPAÇÃO NA COMISSÃO  
ORGANIZADORA DO PRIMEIRO WEBINAR E ENCONTRO  
DIGITAL



## 1.º Webinar e Encontro Digital

### “Reabilitação e Cuidados Respiratórios”

9 de Dezembro 2023

#### CERTIFICADO COMISSÃO ORGANIZADORA

Certifica-se que:

**Joana Teodoro,**

Participaram na Comissão Organizadora do 1.º Webinar e Encontro Digital da \_\_\_\_\_, que se realizou no dia 9 de dezembro de 2023, através da Plataforma Digital do evento e do Microsoft Teams.

Almada, 9 de dezembro de 2023

P' Comissão Organizadora



EGAS MONIZ SCHOOL  
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
EGAS MONIZ

ANEXO 3: CERTIFICADO - PÓSTER SOBRE PREVENÇÃO DE  
LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS NOS PROFISSIONAIS DE  
SAÚDE



## 1.º Webinar e Encontro Digital

### “Reabilitação e Cuidados Respiratórios”

9 de Dezembro 2023

#### CERTIFICADO DE PÓSTER

Certifica-se que:

**Joana Teodoro,**

Participaram com o póster **“Prevenção das Lesões Musculoesqueléticas - Enfermagem de Reabilitação: Princípios de Ergonomia e Biomecânica”**, no 1.º Webinar e Encontro Digital que se realizou no dia 9 de dezembro de 2023, através da Plataforma Digital do evento e do Microsoft Teams. Este póster foi distinguido com **Menção Honrosa.**

Almada, 9 de dezembro de 2023

P' Comissão Organizadora



EGAS MONIZ SCHOOL  
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
EGAS MONIZ

ANEXO 4: CERTIFICADO - PÓSTER SOBRE PROGRAMA DE  
GINÁSTICA LABORAL



## 1.º Webinar e Encontro Digital

### “Reabilitação e Cuidados Respiratórios”

9 de Dezembro 2023

#### CERTIFICADO DE PÓSTER

Certifica-se que:

**Joana Teodoro,**

Participaram com o póster **“Prevenção das Lesões Musculoesqueléticas em Saúde Ginástica Laboral Programa Reabilitar Quem Cuida”**, no 1.º Webinar e Encontro Digital  
., que se realizou no dia 9 de dezembro de 2023, através da Plataforma Digital do evento e do Microsoft Teams. Este póster foi distinguido com **Menção Honrosa.**

Almada, 9 de dezembro de 2023

P<sup>ª</sup> Comissão Organizadora



EGAS MONIZ SCHOOL  
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
EGAS MONIZ

ANEXO 5: CERTIFICADO - PÓSTER SOBRE EXERCÍCIOS DE  
REEDUCAÇÃO DO EQUILÍBRIO CORPORAL



## 1.º Webinar e Encontro Digital

### “Reabilitação e Cuidados Respiratórios”

9 de Dezembro 2023

#### CERTIFICADO DE PÓSTER

Certifica-se que:

**Joana Teodoro,**

Participaram com o póster **“Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Equilíbrio Corporal Comprometido”,**

., que se realizou no dia 9 de dezembro de 2023,  
através da Plataforma Digital do evento e do Microsoft Teams.

Este póster foi distinguido com o **1.º Prémio – Melhor Póster.**

Almada, 9 de dezembro de 2023

P' Comissão Organizadora



EGAS MONIZ SCHOOL  
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
EGAS MONIZ

ANEXO 6: CERTIFICADO - PRELETOR DA NORMA DE  
PROCEDIMENTO HOSPITALAR



## 1.º Webinar e Encontro Digital

### “Reabilitação e Cuidados Respiratórios”

9 de Dezembro 2023

#### CERTIFICADO DE COMUNICAÇÃO

Certifica-se que:

**Joana Teodoro,**

Participaram como preletoras na comunicação oral “**Reeducação do Equilíbrio Corporal**”, no 1.º Webinar e Encontro Digital  
, que se realizou no  
dia 9 de dezembro de 2023, através da Plataforma Digital do evento e  
do Microsoft Teams.

Almada, 9 de dezembro de 2023

P' Comissão Organizadora



EGAS MONIZ SCHOOL  
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
EGAS MONIZ

ANEXO 7: CERTIFICADO - CURSO AVANÇADO DE  
MASSAGEM TERAPÊUTICA E APLICAÇÃO DE BANDAS  
NEUROMUSCULARES



## **CERTIFICADO**

*certifica para os devidos efeitos*  
que **Joana Rita de Assis Teodoro** concluiu, com **18 valores**, o **Curso Avançado de Massagem Terapêutica e Aplicação de Bandas Neuromusculares**, ministrado nesta Escola nos dias 10, 11, 17 e 18 de novembro de 2023, num total de **30 horas de contacto**, sendo creditados **2 ECTS**.

### **CONTEÚDO PROGRAMÁTICO:**

- Os princípios gerais
- Componentes da massagem e efeitos da massagem
- Técnicas de massagem
- Componente teórico-prática das técnicas de massagem
- Bandas neuromusculares - características, processo de aplicação em diversos contextos clínicos e apresentação de casos clínicos com resultados documentados

### **Componente prática das técnicas de massagem**

- Pressões
- Compressões
- Amassamento
- Fricções
- Drenagem Linfática
- Percussões
- Vibrações
- Roulement e malaxação
- M.T.P.
- Pincé-roulé
- Crioterapia

### **Bandas Neuromusculares - técnicas de aplicação**

*Lisboa, 20 de novembro de 2023.*



EGAS MONIZ SCHOOL  
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
EGAS MONIZ

ANEXO 8: CERTIFICADO - PARTICIPAÇÃO NO II  
SEMINÁRIO SOBRE A TERAPIA DE ESTIMULAÇÃO  
MULTISSENSORIAL



# CERTIFICADO

Certifica-se que Joana Rita De Assis Teodoro,  
no dia 24 de Outubro de 2023 participou no II Seminário sobre a Terapia de Estimulação Multissensorial-Snoezelen,  
NOVIZEN “Novas Vivências para a Comunidade com Snoezelen”,  
entre as 10H00 e as 17H00.

Presidente da Direção

