

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

TREINO DE EQUILÍBRIO NA PESSOA APÓS AVC:
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS
ESPECIALIZADAS NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

BALANCE TRAINING IN PEOPLE AFTER STROKE: DEVELOPMENT
OF SPECIALIZED CLINICAL SKILLS IN THE AREA OF
REHABILITATION NURSING

Autor

João Carlos Fidalgo Rodrigues

Porto, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

TREINO DE EQUILÍBRIO NA PESSOA APÓS AVC:
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
CLÍNICAS ESPECIALIZADAS NA ÁREA DE
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

BALANCE TRAINING IN PEOPLE AFTER STROKE:
DEVELOPMENT OF SPECIALIZED CLINICAL
SKILLS IN THE AREA OF REHABILITATION
NURSING

Orientador(es)

Carla Sílvia Neves da Nova Fernandes
Professor Adjunto, Doutor

Carmen Dolores Ribeiro Queirós

Autor

João Carlos Fidalgo Rodrigues

Porto, 2025

FRASE OU PENSAMENTO

"Qualidade significa fazer bem quando ninguém está a ver."

(Henry Ford)

DEDICATÓRIA

À minha família pelo tempo que não lhes dediquei.

AGRADECIMENTO

Aos colegas que se tornaram amigos e professores disponíveis para ajudar nos momentos difíceis.

RESUMO

O presente relatório, elaborado no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo II do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem do Porto, tem como objetivo demonstrar o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e, simultaneamente, do grau de Mestre.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação tem como alvo dos seus cuidados a pessoa, a família e/ou a comunidade, em todas as fases do ciclo vital, que apresentem necessidades especiais de cuidados de saúde decorrentes de alteração no seu estado de saúde/doença com repercussões na sua funcionalidade e/ou capacidade de participação. A intervenção do EEER pretende contribuir para a melhoria da qualidade de vida da pessoa, família ou da comunidade, capacitando-os para se tornarem os principais agentes responsáveis pela sua saúde. Para cumprir a sua missão, a Enfermagem de Reabilitação tem de ser capaz de cuidar, capacitar e maximizar. Com formas distintas de intervir, a sua atuação percorre todo o espectro dos níveis de prevenção em saúde, garantindo a qualidade e a segurança como elementos fundamentais na sua prestação de cuidados de saúde.

O percurso de aprendizagem concretizado neste relatório pretende explicitar o desenvolvimento de competências de tomada de decisão e intervenção especializada na área de Enfermagem de Reabilitação. Competências de decisão e intervenção cuja intencionalidade para a ação foram suportadas pelos referenciais teóricos como a Teoria Geral do Autocuidado de Orem, a Teoria das Transições de Meleis e a Teoria de Médio Alcance de Riegel e, normas e recomendações nacionais e internacionais aplicáveis à prática da Enfermagem de Reabilitação.

Utilizamos um método descritivo-analítico, com base na análise de conceitos e domínios através de uma abordagem reflexiva, suportada na evidência científica e nas teorias de enfermagem. Este percurso de aprendizagem é explicitado neste relatório através da apresentação do processo de tomada de decisão especializado em Enfermagem de Reabilitação relativo a um cenário clínico relativo à pessoa após AVC, através do Treino de Equilíbrio para promover a marcha, utilizando a Ontologia em Enfermagem, sempre que possível, e a plataforma e4Nursing.

O percurso de desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem de Reabilitação plasmadas neste relatório capacitam-me, enquanto futuro mestre em Enfermagem de Reabilitação, para um exercício profissional como EEER capaz de ser um contributo para a qualidade e segurança dos cuidados de saúde, e no essencial significativo para as pessoas e

para a sociedade.

Palavras Chave: Enfermagem de Reabilitação; Equilíbrio; Marcha; AVC

ABSTRACT

This report, prepared within the scope of the Curricular Unit "Professional Internship with Report – Module II" of the Master's Degree in Rehabilitation Nursing at the Escola Superior de Enfermagem do Porto, aims to demonstrate the development of both common and specific competencies of the Rehabilitation Nursing Specialist, as well as those required for the attainment of the Master's degree.

The Rehabilitation Nursing Specialist provides care to individuals, families, and/or communities across all stages of the life cycle who present with special healthcare needs resulting from alterations in their health/disease status that impact their functionality and/or capacity for participation. The intervention of the RNS aims to improve the quality of life of the individual, family, or community by empowering them to become the main agents responsible for their own health. To fulfill this mission, Rehabilitation Nursing must be capable of caring, empowering, and maximizing. With distinct approaches to care, its scope of practice encompasses the full spectrum of health prevention levels, ensuring quality and safety as fundamental elements in the delivery of healthcare services.

The learning path described in this report aims to outline the development of decision-making and specialized intervention skills within the field of Rehabilitation Nursing. Such decision-making and interventions were guided by theoretical frameworks including Orem's General Theory of Self-Care, Meleis' Transitions Theory, and Riegel's Middle-Range Theory, as well as by national and international standards and recommendations applicable to Rehabilitation Nursing practice.

A descriptive-analytical method was employed, based on the analysis of concepts and domains through a reflective approach, supported by scientific evidence and nursing theories. This learning process is detailed in the report through the presentation of a case study involving a stroke survivor, focusing on balance training to promote gait, incorporating, whenever possible, the use of the Nursing Ontology and the e4Nursing platform.

The development of specialized competencies in Rehabilitation Nursing, as documented in this Report equips me, as a future Master in Rehabilitation Nursing, for professional practice as capable of contributing to the quality and safety of healthcare, and ultimately making a meaningful impact on individuals and society.

Keywords: Rehabilitation Nursing; Balance; Gait; Stroke

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AIT - Acidente Isquémico Transitório

AVD - Atividades de Vida Diária

CAT - COPD *Assesement Test*

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade

CPET - Prova de Esforço Cardiopulmonar

EE - Enfermeiro Especialista

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EEG - Escala de Coma de Glasgow

ER - Enfermagem de Reabilitação

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

GUSS - *Gugging Swallowing Test*

HADS - Escala de Ansiedade e Depressão

ICNP - *International Classification for Nursing Practice*

LACDL - *London Chest of Daily Living Escala*

MAV - Malformações Arteriovenosas

MER - Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MID - Membro Inferior Direito

MRC - *Medical Research Council Muscle Scale*

mMRC - *modified Medical Research Council Dyspnea Questionnaire*

MSD - Membro Superior Direito

NIHSS - *National Institute of Health Stroke Scale*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

SNC - Sistema Nervoso Central

TC-CE - Tomografia Computorizada Cranioencefálica

TEP - Tromboembolismo Pulmonar

TM6 - Teste de Marcha de 6 minutos

TVP - Trombose Venosa Profunda

UAVC - Unidade de Acidente Vascular Cerebral

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

ÍNDICE

FRASE OU PENSAMENTO	3
DEDICATÓRIA	5
AGRADECIMENTO	7
RESUMO	9
ABSTRACT	11
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS	13
ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS	17
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	19
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	23
3. TREINO DE EQUILÍBRIO NA PESSOA APÓS AVC	29
3.1. Enquadramento teórico	29
3.2. Clientes	43
3.3. Medicação	44
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	44
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	46
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	46
3.5. Domínios	46
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	47
3.6. Conceção de Cuidados	53
3.7. Especificação das intervenções	73
3.8. Síntese relativa ao caso	79
4. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	81
5. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	93
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Figura 1-Genograma 130

Figura 2-Ecomapa 130

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

O presente relatório foi realizado no âmbito da unidade curricular “Estágio de natureza Profissional com Relatório - Módulo II”, parte integrante do plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (MER) da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), para posterior apresentação e discussão públicas, nos termos regulamentares.

Este relatório tem por objetivo apresentar o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), bem como a concretização do projeto individual de desenvolvimento de competências tendo em conta os objetivos do curso, em conformidade com a regulamentação do mesmo emanada pela instituição de ensino superior e pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

Para concretizar o objetivo deste relatório pretende-se evidenciar a forma como foram desenvolvidas as competências do EEER, com particular ênfase nas relacionadas com o processo de tomada de decisão autónoma visando o restabelecimento do equilíbrio com vista a promover a marcha em pessoas após Acidente Vascular Cerebral (AVC). Concretiza-se este objetivo através da conceção e documentação do processo de tomada de decisão de enfermagem especializada relativo a um cenário clínico.

A maior parte das pessoas que sobrevivem a um AVC apresentam, frequentemente, défices neurológicos e incapacidades residuais nas áreas física, sensorial, cognitiva, da linguagem e visual a longo prazo, o que pode resultar numa redução da capacidade funcional para realizar diversas atividades de vida diária (AVD), como vestir-se, alimentar-se, andar, entre outras (Louie et al., 2019; Antunes et al., 2016).

Andar é uma atividade valorizada pelas pessoas, pois facilita a interação no dia a dia. Contudo, andar é uma capacidade intimamente relacionada com o equilíbrio corporal. O AVC frequentemente altera o equilíbrio corporal condicionando a capacidade funcional da pessoa para andar e executar outras AVD. Após um AVC e dependendo das áreas cerebrais afetadas, e na presença de alterações do equilíbrio corporal, a intervenção do EEER torna-se essencial na otimização da função e das estruturas corporais da pessoa de forma a otimizar a capacidade funcional. O EEER recorre a intervenções de reeducação, readaptação funcional e de treino motor, sustentadas no seu processo de tomada de decisão. Este processo de tomada de decisão é suportado por dados resultantes de atividades de avaliação que têm em consideração, entre outros dados, a velocidade de marcha, a resistência e o equilíbrio (*Heart and Stroke Foundation of Canada*, 2025).

A intervenção do EEER nas pessoas após AVC tem por finalidade a otimização da capacidade

funcional e a capacidade da pessoa para andar em segurança.

Enquanto especialidade, a ER orienta a sua intencionalidade para os cuidados em saúde, simultaneamente para a redução do risco de complicações e para o desenvolvimento do potencial da pessoa (Gaspar et al., 2021).

O conhecimento científico indispensável para atender às exigências dos cuidados especializados de enfermagem provém da prática clínica e da investigação. A Ordem dos Enfermeiros reconheceu a importância de regulamentar as competências dos EEER, o que culminou, em 2011, na publicação do regulamento das competências específicas destes profissionais, posteriormente ratificado em 2019 (Regulamento nº 392/2019).

A regulamentação dos padrões de qualidade nos cuidados especializados em ER revela-se de igual importância, contribuindo significativamente para a promoção da melhoria contínua da qualidade, destacando a necessidade de refletir continuamente sobre a prática especializada da ER (Regulamento nº 350/2015).

A concretização do objetivo deste relatório será exposta através de um cenário clínico e do respetivo enquadramento teórico que forma a base da intervenção especializada. Nele, será caracterizada a condição clínica da pessoa alvo dos cuidados e os domínios de atenção identificados. O processo de tomada de decisão encontra-se suportado nos dados recolhidos resultantes de atividades intencionais de avaliação especializada, como são exemplos a capacidade funcional, os antecedentes clínicos, a condição familiar, a condição socioeconómica, a medicação instituída, dados que suportam os diagnósticos de enfermagem identificados, os objetivos terapêuticos definidos com a pessoa, a prescrição das intervenções, as atividades que as concretizam e os resultados alcançados. O processo de tomada de decisão especializada do EEER será apresentado com recurso à plataforma E4Nursing.

O suporte teórico a este relatório é suportado na pesquisa em bases de dados indexadas, nomeadamente: *Pubmed*, *Cinahl* e *Scopus*. Foi definida uma questão inicial “Como pode, o treino de equilíbrio, promover a marcha em doentes após AVC?”, e selecionadas palavras chave de pesquisa, tais como: “Treino de equilíbrio”, “Acidente vascular cerebral”, “AVC”, “Reabilitação motora”, “Marcha”, “Estabilidade postural”, “Recuperação funcional”, “Controle do equilíbrio”, “Equilíbrio”, “Treino de Equilíbrio”, “Equilíbrio estático”, “Equilíbrio Dinâmico”.

O relatório está organizado estruturalmente em seis partes:

A primeira de introdução, onde se apresenta o objetivo da realização deste trabalho, o tema de interesse escolhido, submetido e aprovado pelo Conselho Técnico-Científico da instituição de ensino, bem como os objetivos definidos para a elaboração deste documento académico.

A segunda de caracterização dos contextos clínicos, com a descrição e análise detalhada dos diferentes contextos de cuidados, incluindo o espaço físico, os recursos humanos, os recursos

materiais, as equipas interdisciplinares e os meios disponíveis, que permitiram o desenvolvimento e a aquisição de competências em ER.

A terceira de apresentação do cenário clínico, que evidencia não só o desenvolvimento de competências no processo de tomada de decisão clínica em ER, como também refletem o investimento direcionado ao domínio específico do equilíbrio.

A quarta onde identifico os contributos para a aquisição e o aperfeiçoamento das competências comun e específicas do EEER ao longo do ciclo de estudos do MER.

A quinta onde apresento uma síntese final do relatório.

A sexta onde listo as Referências Bibliográficas

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

A componente clínica de desenvolvimento de Competências Especializadas de ER, teve lugar durante o terceiro semestre do MER, de 16 de setembro 2024 a 10 de janeiro 2025, e foi realizada em vários contextos hospitalares e da comunidade, cuja caracterização é feita em seguida:

Contexto Cardiorrespiratório: Unidade de Reabilitação Respiratória

Esta unidade recebe e assiste pessoas com patologia respiratória com etiologias restritivas, obstrutivas e mistas, seja em situação de internamento ou situação de ambulatório. Os cuidados especializados de ER são assegurados, no internamento, diariamente, por um EEER e no ambulatório, onde foi desenvolvido o estágio, por uma equipa de seis EEER, entre as 8 e as 16 horas em dias úteis. O ambulatório para qual são orientadas, pelo Pneumologista ou Fisiatra, pessoas com patologia respiratória das diversas etiologias, onde são utilizados três protocolos de tratamento de acordo com a necessidade da pessoa.

Os três protocolos de Reabilitação Respiratória têm, habitualmente, uma duração de seis a oito semanas, com sessões trissemanais. Sete das sessões são para o desenvolvimento de competências de autogestão sobre temas como: fisiopatologia da doença, gestão medicamentosa, controlo respiratório, nutrição, gestão de energia e capacitação para a realização de exercícios no domicílio e integram o processo de melhoria contínua dos cuidados.

Protocolo 1: Treino de Alta Intensidade

Este protocolo engloba a reeducação funcional respiratória, o treino de resistência, o treino de força muscular e alongamento. Previamente ao início do programa é necessário realizar o teste de marcha de 6 minutos (TM6) e a prova de esforço cardiopulmonar (CPET), visando determinar a carga máxima de trabalho muscular para a frequência cardíaca e consumo de oxigénio máximos. Pode ser iniciado com 60% da carga máxima de trabalho muscular atingida na CPET podendo ir aumentando até 80% da tolerância máxima ao exercício. O início da sessão consiste na realização de exercícios de controlo e dissociação dos tempos respiratórios para melhorar a coordenação e a eficácia do trabalho muscular respiratório, bem como melhorar o controlo do padrão respiratório. O treino de resistência pode ser realizado com recurso a passadeira ou cicloergómetro com avaliação contínua da saturação periférica de oxigénio, frequência cardíaca e aplicação da escala de Borg modificada, com uma duração aproximada de 90 minutos. O treino de resistência consiste em treino intervalado, alternando períodos de alta e baixa intensidade, ou períodos de exercício e repouso, favorecendo a tolerância pela pessoa. O treino da força muscular envolve vários grupos musculares dos membros superiores e parte superior

do tronco (bíceps, tríceps, deltoide, grande peitoral e dorsal), bem como dos membros inferiores (quadríceps, isquiotibiais, adutores, abdutores e gêmeos), finalizando com exercícios de alongamento muscular. Na realização deste protocolo são aplicadas, no início e final do programa, instrumentos de avaliação como: CAT (*COPD Assessment Test*), mMRC (*modified Medical Research Council Dyspnea Questionnaire*), HADS (*Escala de Ansiedade e Depressão*), LACDL (*London Chest of Daily Living Escala*).

Protocolo 2: Reeducação Respiratória e Treino de Força Muscular

Também neste protocolo, as sessões são iniciadas com exercícios de controlo e dissociação dos tempos respiratórios e treino da força muscular. A sua duração é de cerca de 50 minutos. A componente anaeróbia do programa de treino de exercício é assegurada pelo treino de força muscular e, consiste na utilização de pequenos grupos musculares com exercícios de intensidade elevada e curta duração. O treino da força muscular envolve vários grupos musculares dos membros superiores e parte superior do tronco (bíceps, tríceps, deltoide, grande peitoral e dorsal), bem como dos membros inferiores (quadríceps, isquiotibiais, adutores, abdutores e gêmeos). No início e final do treino é aplicada a escala de Borg modificada. Na realização deste protocolo são aplicadas, no início e final do programa, instrumentos de avaliação como: CAT, mMRC, HADS (*Escala de Ansiedade e Depressão*), LACDL e o teste 1-min sit-to-stand (1minSTS).

Protocolo 3: Reeducação Funcional Respiratória

À semelhança dos protocolos anteriores, também este é iniciado com exercícios de controlo e dissociação dos tempos respiratórios, visando a tomada de consciência e controlo do padrão respiratório. Continua, com exercícios de reeducação diafragmática para minimizar os efeitos da hiperventilação, de forma seletiva, de acordo com a porção do diafragma que se pretende trabalhar. A reeducação costal global e/ou seletiva é também aplicada para melhorar a mobilidade e expansão torácicas e ventilação pulmonar. Neste caso, a aplicação de resistência ajuda na otimização da força dos músculos respiratórios. Outras técnicas e recursos são também aplicados no restabelecimento, melhoria e controlo dos padrões respiratórios e função pulmonar. Falamos aqui de técnicas de correção postural com recurso a espelho quadriculado e do uso de espirómetro de incentivo.

Estes protocolos são implementados em 3 espaços preparados para o efeito, equipados com marquesas, espelhos quadriculados, cicloergómetros, passadeira, bicicleta estática, máquinas pneumáticas de musculação, alteres, bastões, faixas elásticas, perneiras, monitores de parâmetros vitais onde assumem particular importância a monitorização cardíaca e da oximetria, almofadas de posicionamento e, num dos espaços, equipamento de renovação do ar com filtro hepa.

Contexto Músculo Esquelético: Unidade de Ortopedia.

Este serviço recebe pessoas com patologia do foro ortopédico e traumatológico em situação de internamento, tem uma lotação total de 26 camas divididas por enfermarias e 2 quartos individuais com instalações sanitárias em cada um deles.

Os cuidados especializados de ER são assegurados, diariamente, por três EEER, entre as 8 e as 20 horas em dias úteis. Em condições normais, dois EEER asseguram os cuidados especializados em ER no turno da manhã e um EEER no turno da tarde.

Neste contexto está implementado um programa de acompanhamento da pessoa, em caso de cirurgia programada, que se inicia numa consulta de enfermagem pré-operatória realizada por um EEER, estendendo-se até ao momento da alta clínica. Esta consulta que tem uma periodicidade semanal visa capacitar a pessoa para o controlo de infeção, a aquisição e utilização segura de dispositivos de apoio (andarilho, canadianas, entre outros), bem como questões relacionadas com o regresso seguro ao domicílio.

Neste serviço estão implementados protocolos, de acordo com a patologia apresentada e a intervenção cirúrgica a que a pessoa é submetida, visando o levante precoce e seguro, a avaliação, manutenção e melhoria da mobilidade e da força, do treino seguro e progressivo de marcha com dispositivo auxiliar e também de crioterapia com vista ao controlo da dor e do processo inflamatório. Para isso, o serviço encontra-se munido de equipamento de apoio a marcha (andarilho, canadianas, barras e degraus), mobilização passiva (artromotor) e ativa (*mini skate*) precoce do segmento acometido.

De salientar ainda, a existência de uma estrutura física no serviço para o treino de marcha. São utilizados os espaços existentes (corredores, sala de espera e escadas com corrimão e zonas de descanso) por forma a garantir uma progressão no treino de marcha.

A criatividade do EEER na apropriação de meios e objetos que, no dia a dia têm outras utilizações, usados no processo terapêutico são também de realçar. Podemos referir como exemplos: o uso de ligaduras e o mini skate para auxílio na mobilização ativa progressiva do membro inferior no pós operatório.

Contexto Neurológico: Unidade de AVC - contexto do caso clínico

Este serviço, integrado no serviço de Neurologia, recebe pessoas com patologia cerebrovascular em fase aguda que necessitam de tratamento e vigilância diferenciada durante as 24 horas do dia, bem como pessoas em fase subaguda que mantêm uma necessidade de vigilância e cuidados especializados.

Os cuidados especializados de ER são assegurados, diariamente, por dois EEER entre as 8 e as 16 horas.

Tem uma lotação de 20 camas: 12 camas na unidade de agudos e 8 camas na Neurologia.

Neste contexto a área de intervenção do EEER abrange um espectro alargado de intervenções

que vão desde a avaliação neurológica com utilização de escalas validadas, sendo a mais utilizada neste contexto a escala *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS), avaliação e treino da deglutição através da aplicação da escala *Gugging Swallowing Test* (GUSS), avaliação e treino de equilíbrio com a escala de *Tinetti* ou a escala de *Berg*, avaliação e treino da força com a escala *Medical Research Council Muscle Scale* (MRC), reabilitação respiratória, treino de autocuidado, avaliação, prevenção e controlo da espasticidade, garantia da segurança e preparação da alta. A preparação da alta pode ser concretizada através da otimização da referenciação para outras unidades, ou desejavelmente, através da preparação da família para o regresso a casa da pessoa. Esta preparação da família, para receber a pessoa em casa, passa pela capacitação através do treino do papel de familiar cuidador, bem como pelo aconselhamento e orientação para ultrapassar eventuais barreiras arquitetónicas existentes de forma a otimizar a capacidade funcional da pessoa, a integração e participação da pessoa na família em condições de segurança. Neste período não estão a ser implementados projetos de melhoria contínua.

Contexto da Comunidade: Unidade de Cuidados na Comunidade

Nesta unidade, os cuidados especializados de ER são assegurados, diariamente, por um EEER, entre as 8 e as 20 horas em dias úteis. Este EEER, assumindo o papel de gestor de caso assume um papel preponderante na gestão do programa de cuidados de reabilitação respiratória no domicílio, funcionando também como elo de ligação entre a pessoa alvo da intervenção, a equipa de saúde familiar e a consulta hospitalar de Pneumologia.

Realizando visitas domiciliárias que podem ser trissemanais ou bissemanais, de acordo com as necessidades individuais de cada pessoa, o EEER faz a gestão e reconciliação terapêutica, bem como a capacitação e o treino que possibilite a autogestão da doença, diminuindo assim o número e a frequência de exacerbações e internamentos. Neste âmbito está em curso um projeto que visa avaliar e quantificar a redução de exacerbações e internamentos, fruto da intervenção do EEER.

Além das visitas domiciliárias, são realizadas consultas presenciais nas instalações da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e contactos telefónicos de acompanhamento clínico.

Contexto de Convalescença: Unidade de Medicina Física e Reabilitação

Nesta unidade todos os enfermeiros são EEER. Com uma capacidade para 12 camas, repartidas por enfermarias de 2 camas cada uma com instalações sanitárias dedicadas, possui um espaço multifuncional onde podem ser realizadas várias intervenções relacionadas com a necessidade de melhorar a motricidade fina, a cognição e o autocuidado alimentar-se. Possui também um ginásio equipado para a realização de atividades de reabilitação física e motora, para além de gabinetes, sala de tratamentos e gabinete de terapia ocupacional.

No âmbito da atuação do EEER, neste serviço, ganha primordial relevância a intervenção

dirigida à promoção do autocuidado. Neste âmbito, o serviço dispõe de dispositivos de apoio que vão desde cadeiras de rodas, cadeiras sanitárias, andarilhos, canadianas, cintos e discos de transferência, até às barras de apoio nos sanitários.

Contexto de Pediatria: Serviço de Pediatria Médica

Nesta unidade, os cuidados especializados de ER são assegurados, de segunda a sábado, por um EEER no turno da manhã. O serviço dispõe de 20 quartos individuais com condições para que a pessoa em idade pediátrica possa ser acompanhada por um dos pais durante as 24 horas. Estão também disponíveis diversos materiais e dispositivos que permitem ao EEER intervir na otimização e reeducação das funções motoras, sensoriais, cardíacas, respiratórias, da alimentação, da eliminação e do autocuidado, dos quais saliento, pela frequência de utilização o espirómetro de incentivo, o *cough assist* e o *vest*. Como futuro EEER, neste serviço, o principal desafio foi a adaptação das técnicas apreendidas e aplicadas à pessoa adulta para as aplicar à pessoa em idade pediátrica. Aqui, a capacidade de adaptação, por exemplo, transformar um treino de exercício convencional numa “brincadeira”, usando brinquedos como instrumentos para estimular a participação e potenciar capacidades, mantendo inalterados os princípios de aplicação e a finalidade.

3. TREINO DE EQUILÍBRIO NA PESSOA APÓS AVC

Pessoa caucasiana, de 44 anos, sexo masculino, vigil, orientada no tempo, espaço e pessoa, previamente autónoma no autocuidado. Sem antecedentes clínicos prévios, refere toma esporádica de anti inflamatórios não esteroides no âmbito da traumatologia desportiva. De regresso a casa, após participação em evento desportivo, apresenta quadro súbito de tonturas, náuseas, vómitos e alteração do estado de consciência. Submetido a tomografia computadorizada cranioencefálica (TC-CE) e angioTC-CE que demonstra disseção da artéria vertebral direita e oclusão proximal da artéria basilar. Submetido a angioplastia com balão da artéria vertebral direita e trombectomia da artéria basilar com repermeabilização total dos vasos e melhoria progressiva do estado de consciência. Em resultado deste episódio, permanece como principal sequela uma perturbação do equilíbrio, com implicação na marcha, foco principal da intervenção enquanto EEER. O contacto com esta pessoa estabeleceu-se no segundo dia após a realização da angioplastia e trombectomia.

3.1. Enquadramento teórico

O enquadramento teórico, centrado na análise do treino de equilíbrio para favorecer a marcha em indivíduos sobreviventes após acidente vascular cerebral (AVC), incide particularmente sobre o caso apresentado anteriormente e que abordaremos de seguida com maior profundidade.

Casado, sem descendência, e exerce atividade profissional em duas áreas distintas: desempenha funções de escriturário na empresa onde exerce a sua ocupação principal e atua como atleta semiprofissional numa modalidade desportiva coletiva. Frequentou o ensino superior, embora não tenha concluído a formação.

Do ponto de vista pessoal, mantém uma relação matrimonial sólida num agregado familiar composto exclusivamente pelo casal. Profissionalmente, apesar da satisfação com as suas funções, enfrenta um período de instabilidade decorrente da recente alteração de propriedade da empresa e da implementação de mudanças sem suporte em experiência consolidada no setor.

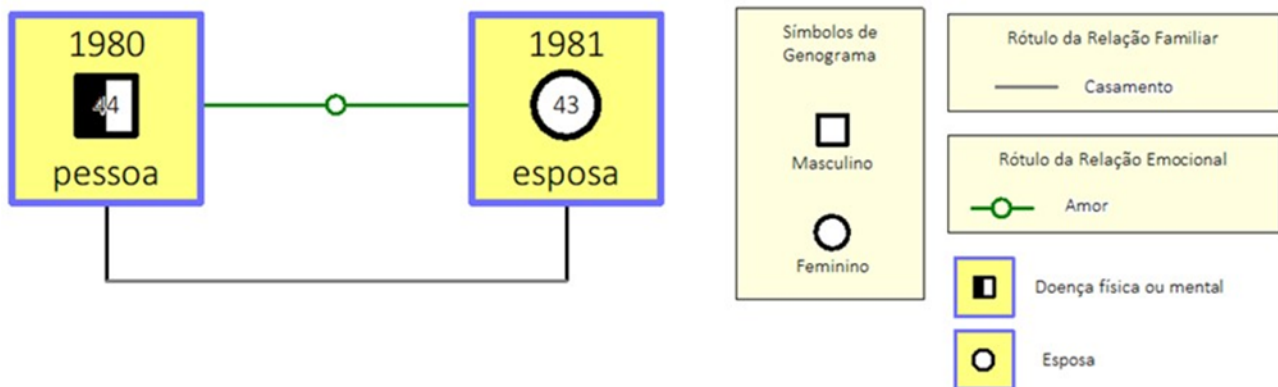


Figura 1 - Genograma

A nível social, mantém uma vida ativa, pautada pela interação com os membros do clube desportivo que representa há aproximadamente uma década. Reside em habitação própria, situada num edifício de propriedade horizontal dotado de elevador, num apartamento de duas assoalhadas com vista para o mar, beneficiando da proximidade de diversos serviços essenciais e de condições adequadas de habitabilidade e salubridade.

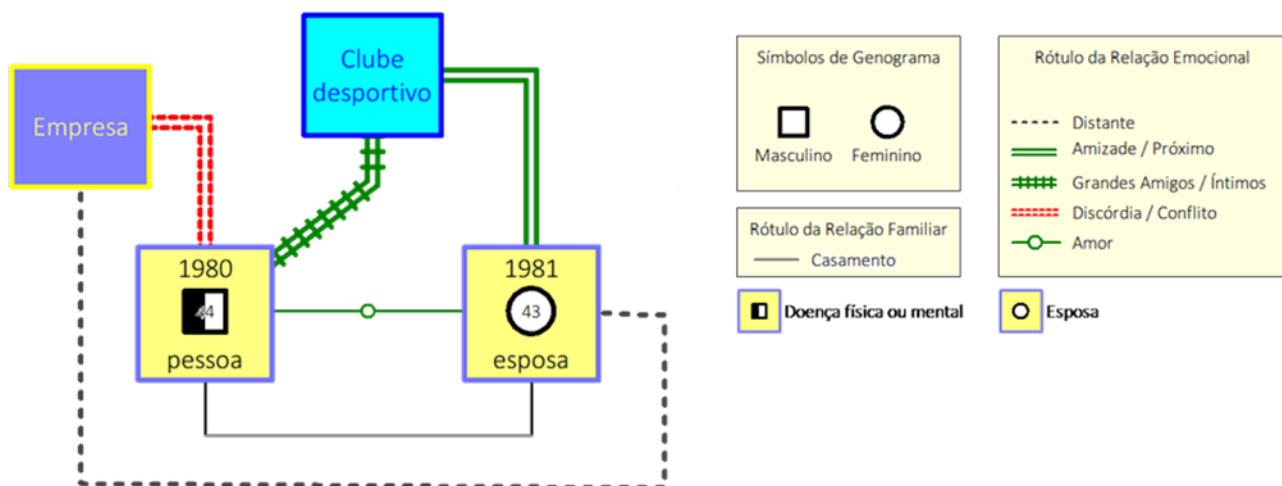


Figura 2 - Ecomapa

Reunidas as condições necessárias, procedeu-se à sua transferência para o centro hospitalar da área de residência, onde foi admitido na Unidade de AVC (UAVC). À admissão, apresentava Escala de Coma de Glasgow (ECG) de 15, orientação no tempo, espaço e pessoa e uma pontuação de 2 na NIHSS, determinada pelos testes dedo-nariz e calcanhar Joelho, evidenciando dismetria do membro superior direito (MSD) e do membro inferior direito (MID), bem como disfagia para líquidos.

O esquema terapêutico incluiu antiagregação plaquetária simples, heparina de baixo peso molecular profilática e analgesia conforme necessário.

Após descrição da condição de saúde da pessoa alvo da minha intervenção, importa aprofundar conhecimentos sobre os mecanismos fisiopatológicos, as estratégias terapêuticas e os princípios da reabilitação neurológica no AVC, que suportam a tomada de decisão clínica do EEER ancorada na evidência.

A pessoa com Acidente Vascular Cerebral Isquémico

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o AVC é a principal causa de incapacidade em todo o mundo e a segunda principal causa de morte. O *Global Stroke Factsheet* lançado em 2022 revela que o risco de desenvolver um AVC ao longo da vida aumentou em 50% nos últimos 17 anos e agora estima-se que 1 em cada 4 pessoas tenha um AVC durante a vida. De 1990 a 2019, houve um aumento de 70% na incidência de AVC, 43% de aumento nas mortes por AVC, 102% de aumento na prevalência de AVC, e 143% de aumento nos Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (DALY). A característica mais marcante é que a maior parte da carga global de AVC (86% das mortes por AVC e 89% dos DALYs) ocorre em países com rendimento baixo ou médio/baixo (OMS, 2022).

Em Portugal, o AVC é um tema muito relevante de saúde pública. É uma emergência médica, uma doença muito incapacitante, e a maior causa de morte em Portugal: cerca de 11,5% de todas as mortes no país. Em Portugal, a cada hora, três pessoas sofrem um AVC e uma delas não sobrevive. Dos sobreviventes, 50% ficam com sequelas permanentes. A elevada incidência da doença, cerca de 70 novos casos por dia, e a maior mortalidade da Europa Ocidental em doentes com idade inferior a 65 anos, conferem ao AVC grande relevância em termos de saúde pública (Fonseca, 2021).

Bastaria o “senso comum” para nos questionarmos sobre o futuro desta doença e das suas implicações na saúde, na sociedade e na economia. No entanto, o aumento das comorbilidades predisponentes, tais como obesidade, sedentarismo, diabetes, hipertensão arterial, tabagismo e o consumo de álcool, bem como a evolução da demografia, poderá traduzir-se, no futuro, num aumento da incidência e das suas consequências (Mendes et al., 2022).

Para Sacco et al. (2013) o termo “AVC” deve ser amplamente utilizado para incluir todos os seguintes conceitos:

Definição de enfarte do SNC: O enfarte do SNC é a morte celular no cérebro, medula espinhal ou retina atribuível à isquemia, com base em evidências patológicas, imagiológicas ou outras evidências objetivas de lesão isquémica focal cerebral, da medula espinhal ou da retina numa distribuição vascular definida; ou evidência clínica de lesão isquémica focal cerebral, da medula espinhal ou da retina, com base em sintomas persistentes por ≥ 24 horas ou até à morte, excluindo-se outras etiologias.

Definição de AVC isquémico: Um episódio de disfunção neurológica causado por enfarte focal cerebral, da medula espinhal ou da retina.

Definição de enfarte silencioso do SNC: Evidência imagiológica ou neuropatológica de enfarte do SNC, sem história de disfunção neurológica aguda atribuível à lesão.

Definição de hemorragia intracerebral: Uma coleção focal de sangue dentro do parênquima cerebral ou sistema ventricular que não é causada por trauma.

Definição de AVC causado por hemorragia intracerebral: Sinais clínicos de disfunção neurológica em rápido desenvolvimento, atribuíveis a uma coleção focal de sangue no parênquima cerebral ou sistema ventricular, que não é causada por trauma.

Definição de hemorragia cerebral silenciosa: Uma coleção focal de produtos sanguíneos crônicos dentro do parênquima cerebral, espaço subaracnoideu ou sistema ventricular identificada por imagiologia ou exame neuropatológico, que não é causada por trauma e sem história de disfunção neurológica aguda atribuível à lesão.

Definição de hemorragia subaracnoideia: Sangramento no espaço subaracnoideu (o espaço entre a membrana aracnoide e a pia-máter do cérebro ou medula espinhal).

Definição de AVC causado por hemorragia subaracnoideia: Sinais rapidamente desenvolvidos de disfunção neurológica e/ou cefaleia devido a sangramento no espaço subaracnoideu, que não é causado por trauma.

Definição de AVC causado por trombose venosa cerebral: Enfarte ou hemorragia no cérebro, medula espinhal ou retina devido a trombose de uma estrutura venosa cerebral. Sintomas ou sinais causados por edema reversível sem enfarte ou hemorragia não se qualificam como AVC.

Definição de AVC, não especificado: Um episódio de disfunção neurológica aguda, presumivelmente causado por isquemia ou hemorragia, persistente por ≥ 24 horas ou até à morte, mas sem evidências suficientes para ser classificado em uma das categorias acima.

Perante a redução do fluxo sanguíneo para níveis baixos, ocorre um influxo de sódio e água provocando uma redistribuição da água presente no tecido cerebral e edema levando à morte destas mesmas células (Vilela et.al., 2017). De facto, a redução da circulação sanguínea leva a uma falha de aporte energético provocando uma região isquémica irreversivelmente lesionada denominada núcleo isquémico (Wannamaker et.al., 2019).

Vários fatores como o grau de oclusão, vasculatura colateral existente, ou mesmo os níveis de pressão arterial, podem influir positivamente na manutenção de fluxo sanguíneo na área circundante do núcleo isquémico em níveis que permitam a integridade das membranas celulares e a viabilidade de alguns tecidos, apesar da sua hipoperfusão, e consequente disfunção (Vilela et al., 2017).

Assim, dada a reversibilidade da lesão, caso o fluxo seja restabelecido, esses tecidos recuperam a sua função. A penumbra circunda o núcleo isquémico de tecido já irreversivelmente danificado, e é gradualmente recrutada para o núcleo isquémico à medida que aumenta a

duração da oclusão do vaso. Assim, a progressão do AVC e o crescimento do núcleo isquémico variam de pessoa para pessoa, devido aos vasos colaterais existentes ou à tolerância individual do seu tecido cerebral à isquemia. Por esta razão, há pessoas com capacidade de manter a viabilidade do tecido hipoperfundido e diminuir a progressão da penumbra para núcleo isquémico por mais tempo (Kamalian & Lev, 2019).

Em Portugal, em 2006, o Instituto Nacional de Emergência Médica e a Direção-Geral da Saúde (DGS), através do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares, criaram a Via Verde do AVC, um protocolo de ações e exames que garante que as vítimas com sinais e sintomas de AVC são corretamente e atempadamente tratadas: “O conceito de que “tempo é cérebro”, traduz o facto de o tecido cerebral ser extremamente vulnerável à privação de irrigação sanguínea e que “em cada minuto de isquemia, um número elevado de células nervosas é destruído. Para evitar este fenómeno que é irreversível e se traduz em défices de gravidade variável com sofrimento e custos sociais importantes, é necessário agilizar um sistema de socorro em que a luta contra o tempo é o primeiro objetivo”, (DGS, Norma nº 15/2017, p. 17).

A norma citada determina os critérios para acionar a Via Verde do AVC, bem como para a seleção e realização do tratamento mais adequado a cada vítima, descrevendo o tratamento trombolítico intravenoso (tratamento executado na fase aguda do AVC potenciando a restauração do fluxo sanguíneo através da infusão de ativador plasmogénico tecidual recombinante) e trombectomia endovascular (desobstrução mecânica do vaso arterial cerebral) como intervenções terapêuticas que melhoram o resultado funcional sem aumentar o risco de morte (DGS, 2017).

No caso do objeto de estudo deste relatório, a pessoa vítima de AVC foi submetida apenas a uma das técnicas supra referidas, a trombectomia, complementada por angioplastia com balão.

De acordo com os MCDT a que foi submetida, a pessoa sobre a qual incide a atuação do EEER, sofreu uma disseção da artéria vertebral direita e oclusão proximal da artéria basilar, sobre as quais me debruço em seguida.

As lesões da artéria vertebral podem ocorrer devido a traumatismo fechado, traumatismo penetrante ou espontaneamente. A maioria das lesões da artéria vertebral resulta de traumatismos fechados causados por acidentes de viação. Quedas, estrangulamento e atropelamentos são causas menos frequentes. As lesões fechadas das artérias vertebrais costumam ocorrer devido à hiperextensão associada à flexão lateral ou rotação da cabeça (Hasset et al., 2023).

Lesões espontâneas da artéria vertebral ocorrem quando a integridade estrutural da parede arterial é comprometida. As dissecações espontâneas das artérias cerebrais, tanto carótida como vertebral, são responsáveis por cerca de 20% dos AVC em adultos jovens. As dissecações

da artéria vertebral são menos comuns que as da carótida, ocorrendo em aproximadamente 1 em cada 100.000 indivíduos segundo estudos populacionais. No entanto, a incidência real pode ser superior, pois muitos casos podem ser assintomáticos. A idade média dos doentes varia entre 44 e 46 anos, sem predominância evidente de raça ou género. As dissecções parecem ser mais comuns no inverno, embora a razão para essa variação sazonal não esteja clara (Hasset et al., 2023).

As consequências neurológicas da lesão da artéria vertebral resultam da isquemia cerebral causada por tromboembolismo, hipoperfusão, hemorragia ou uma combinação desses fatores. Na maioria dos casos, a lesão ocorre devido a uma laceração da camada íntima da artéria, expondo o endotélio e favorecendo a agregação plaquetária e a formação de trombos. Estes trombos podem causar uma oclusão local da artéria ou embolizar para a circulação cerebral, provocando um AVC. As lacerações da camada íntima podem ainda originar uma dissecção, criando um falso lúmen que pode levar à oclusão arterial. A seção parcial da artéria pode resultar na formação de um pseudoaneurisma, que pode ser uma fonte de êmbolos ou hemorragia caso se rompa. As transecções completas da artéria vertebral podem causar hemorragia intracraniana ou extracraniana, dependendo da localização da lesão (Hasset et al., 2023).

A história clínica pode variar bastante consoante a lesão seja espontânea ou causada por um trauma agudo. Muitos casos considerados espontâneos apresentam antecedentes de pequenos traumatismos como fator associado. As dissecções espontâneas são mais comuns em doentes com doenças do tecido conjuntivo, embora a maioria dos doentes não apresente qualquer histórico conhecido dessas condições. Os sintomas mais frequentemente reportados incluem dor na cabeça e no pescoço, perturbações da fala, vertigem e tonturas, embora muitos doentes com pequenas dissecções possam permanecer assintomáticos. Nos casos diagnosticados, os sintomas iniciais costumam ser um AIT ou um AVC (Brommeland et al., 2018).

O risco de AVC é maior nas duas primeiras semanas após a ocorrência da dissecção. Pessoas jovens com AVC devem ser avaliados para possível dissecção, particularmente se os sintomas estiverem associados a dor de cabeça ou no pescoço. Embora a dor cervical seja uma queixa comum, apenas 46% das pessoas a referem inicialmente. Outras manifestações clínicas incluem sensibilidade no couro cabeludo, zumbido, sopros vasculares e até envolvimento das raízes nervosas cervicais. A dissecção da artéria vertebral pode também provocar um enfarte lateral do bulbo, sintomas vestibulares, perda de visão ou isquemia da medula espinal. Pessoas sintomáticas com AVC isquémico devido a uma dissecção espontânea da artéria vertebral, sem lesões associadas ou contraindicações, devem ser considerados para terapia trombolítica sistémica (ativador do plasminogénio tecidual recombinante), se forem atendidos até três horas após o início dos sintomas. Aqueles que chegam ao hospital até 4,5 horas após o início dos sintomas e que não são candidatos à trombólise sistémica podem ser considerados para trombólise dirigida por cateter. Pessoas que não são elegíveis para trombólise podem receber

anticoagulação, terapia antiagregante ou reparação endovascular ou cirúrgica, dependendo do grau da lesão. O prognóstico das pessoas com dissecções espontâneas da artéria vertebral depende da localização da lesão e da gravidade do AVC isquémico ou da hemorragia subaracnoide associada. Nos casos de dissecção extracraniana, até 85% dos doentes apresentam uma excelente recuperação, enquanto entre 5% e 25% podem ter um desfecho neurológico grave ou falecer. A pior evolução está associada a idade avançada, oclusão arterial e pontuações mais elevadas de AVC no diagnóstico (Leslie et al., 2023).

Uma oclusão da artéria basilar é frequentemente causada por um êmbolo proveniente do coração, aorta ou artéria vertebral (36%), aterosclerose da artéria basilar (35%), dissecção da artéria basilar (5%) e, ocasionalmente, dolicoectasia ou vasculopatia ou causas indeterminadas (24%). Um trombo, também pode surgir diretamente da artéria basilar devido à aterosclerose, produzindo oclusão da artéria basilar ou pode propagar-se a partir de um trombo na artéria vertebral devido à aterosclerose ou dissecção. Os segmentos proximal e médio frequentemente tornam-se ocluídos devido a trombos que surgem das artérias vertebrais bilaterais, e um êmbolo da artéria vertebral pode alojar-se diretamente na secção distal (Ikram et al., 2023).

O tromboembolismo pode ocluir um único segmento da artéria basilar ou pode envolver os três segmentos da artéria basilar, o que pode ser visualizado por imagem dos vasos, preferencialmente por angiografia por tomografia computadorizada da cabeça e pescoço. Défices dos nervos cranianos ipsilaterais, hemiparesia contralateral, compromisso sensorial, défices de coordenação, tetraparésia, náuseas, tonturas, cefaleia, vertigem, afasia, disartria, disfagia, perda de consciência, coma e compromisso cardiopulmonar podem ser causados por diferentes graus de oclusão da artéria basilar. Confusão, anomalias oculomotoras, perda de visão central bilateral e, frequentemente, convulsões podem resultar da oclusão da ponta da artéria basilar. Disfagia, ataxia e compromisso sensorial ipsilateral na face, assim como síndrome de Horner, são causados pela oclusão da artéria vertebral e artéria cerebelar posteroinferior (Ikram et al., 2023).

Segundo o estudo epidemiológico de Roxa et al. (2021), a manifestação clínica após um AVC isquémico pode incluir uma ou mais das seguintes manifestações: alteração da sensibilidade, perda de visão, náusea e vômito, paralisia facial, alterações na fala, disfunção visual e espacial, sendo a hemiplegia o principal sintoma, caracterizado pela perda do controlo motor voluntário no hemicorpo oposto à lesão encefálica. Este quadro instala-se num intervalo de minutos a horas e desencadeia alterações no equilíbrio e no controlo postural. Estas, são áreas de atenção por parte do EEER no âmbito do cuidado prestado à pessoa após AVC, conforme descrito na revisão de literatura de Szymanski et al. (2021), que também coloca em destaque no seu artigo de revisão, que a localização anatómica da lesão e a extensão desta condicionam o quadro neurológico da pessoa afetada pelo AVC isquémico, sublinhando também que, a coexistência de isquemia e hemorragia intracerebral agrava a sintomatologia. Neste contexto, outros sinais e sintomas típicos incluem diminuição de força e/ou sensibilidade contralateral, afasia ou disartria,

alteração da consciência, confusão e perda temporária de memória, os quais limitam o desempenho na realização das AVD e contribuem para a restrição e o isolamento social com a consequentemente deterioração da qualidade de vida (Szymanski et al., 2021).

Nesta realidade, o papel do EEER é fundamental na promoção da independência funcional, desde a intervenção hospitalar precoce até ao apoio prestado no domicílio ou na comunidade. O EEER desempenha um papel essencial na avaliação de défices, identificação de diagnósticos, planeamento e implementação de intervenções que capacitem a pessoa, a família e o cuidador. Este trabalho é fundamental para assegurar a continuidade dos cuidados, potenciar a independência e facilitar a readaptação funcional, contribuindo para um processo de transição saúde-doença bem-sucedido (Regulamento n.º 392/2019).

A ER incorpora um conjunto de competências específicas baseadas em conhecimentos e procedimentos que tornam possível o cuidado das pessoas com doenças agudas, crónicas e/ou com sequelas, com o objetivo de retomar a sua máxima funcionalidade, independência e participação para a reinserção e exercício da cidadania (OE, 2019). Neste âmbito, reconhece-se que esse cuidado do EEER é centrado na pessoa, facilitando a adesão e o envolvimento no processo de reabilitação funcional (Ventura-Silva et al., 2021).

A teoria das transições de Afaf Ibrahim Meleis, fornece enquadramento conceptual para a intervenção do EEER, ao reconhecer que a prática de enfermagem pode facilitar uma transição de saúde/doença, promovendo o sentido de bem-estar (Meleis et al., 2000). Nesta linha, o EEER assume um papel imprescindível no acompanhamento das pessoas que experienciam uma transição de independência/autonomia plena para a dependência, tanto no processo de recuperação da pessoa com vista à sua máxima autonomia funcional, como no sentido de manter o seu bem-estar e qualidade de vida, contribuindo para o seu desenvolvimento pessoal (OE, 2019).

Neste sentido, é fundamental que o EEER possua as competências específicas que lhe permitam elaborar e implementar um programa de reabilitação, baseado num conjunto de intervenções realizadas de uma forma progressiva e individualizada, tendo em consideração as capacidades de cada pessoa, com o objetivo de promover a sua funcionalidade (OE, 2019).

No âmbito do tratamento da pessoa com AVC isquémico, é também crucial valorizar a prevenção primária e secundária, bem como a promoção da saúde. É relevante identificar os fatores de risco não modificáveis, como idade, género, raça e etnia, para além dos fatores modificáveis, entre eles a diabetes, hábitos alimentares, obesidade, sedentarismo, tabagismo, alcoolismo, a dislipidemia, a hipertensão arterial e a fibrilhação auricular (DGS, 2017; Fernandes et al., 2021; Roxa et al., 2021; Silva & Oliveira, 2023; Moraes et al., 2023; Sales et al., 2023).

No que se refere à reabilitação, estudos recentes, como os de Sales et al. (2024), enfatizam que a abordagem precoce constitui uma estratégia essencial para maximizar a recuperação, reduzir

as incapacidades funcionais e favorecer a autonomia da pessoa. Segundo os mesmos autores, é ideal que a reabilitação se inicie ainda no hospital e seja continuada após a alta, com o acompanhamento adequado nos cuidados de saúde primários. Neste processo, o EEER, enquanto profissional com responsabilidade na intervenção ao longo de todo o percurso de reabilitação da pessoa, deverá ter claramente identificadas as relações e ligações do núcleo familiar da pessoa e da sua família alargada (quando existe), bem como com o seu meio e comunidade.

Desta forma, o presente estudo foca-se na implementação de um programa de reeducação funcional, que inclui intervenções específicas do EEER junto da pessoa afetada por um AVC isquémico. No próximo subcapítulo são explicitados os referenciais teóricos que enquadram a tomada de decisão em ER.

Referenciais teóricos na análise do estudo de caso

A decisão clínica dos Enfermeiros deve ser fundamentada em modelos e teorias de Enfermagem, com o propósito de orientar um exercício profissional autónomo, sustentado numa abordagem tanto sistémica quanto sistemática (Esteves & Amaral, 2023). O processo decisório do EEER consiste num conjunto de conhecimentos essenciais para a prática de enfermagem, especialmente no que se refere à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação (OE, 2019).

Consequentemente, é imprescindível adotar referenciais teóricos como base para possibilitar uma análise minuciosa e estruturada de cada caso (Polit & Beck, 2019). Para este estudo, serão aplicadas três teorias de Enfermagem que permitirão analisar o caso clínico: a Teoria de Enfermagem do Défice do Autocuidado, a Teoria de Médio-Alcance do Autocuidado na Doença Crónica e a Teoria das Transições em Enfermagem.

Teoria de Enfermagem do Défice do Autocuidado

A conceptualização do autocuidado iniciou-se com Dorothea Orem em 1956. Esta teoria foi concebida com base na relação de dependência entre o enfermeiro e a pessoa que necessita de cuidados de enfermagem, sendo ambos considerados agentes do processo. O enfermeiro é descrito como o agente de enfermagem, enquanto a pessoa deve desenvolver competências para realizar os cuidados necessários, sendo por isso denominada agente de autocuidado. A Teoria de Enfermagem do Défice do Autocuidado é composta por três construções teóricas interligadas: a Teoria do Autocuidado, que explica como e por que as pessoas cuidam de si próprias; a Teoria do Défice de Autocuidado, que aborda os motivos pelos quais as pessoas podem ser auxiliadas através de cuidados de Enfermagem e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve como o cuidado deve ser organizado e implementado, de acordo com o défice de autocuidado (Orem, 2001; Renpenning & Taylor, 2003).

A Teoria do Autocuidado considera o autocuidado como um estado de equilíbrio pleno em

indivíduos saudáveis, favorecendo o desenvolvimento funcional e o controlo da prevenção ou melhoria de doenças ou lesões (Orem, 2001). Este é entendido como a capacidade individual de gerir atividades básicas de uma forma física, psicológica e espiritual, sendo um comportamento adquirido através da interação interpessoal e influenciado pelo contexto social e cultural (Orem, 2001). Os quatro elementos centrais desta Teoria são:

- a. Autocuidado: uma atividade que envolve aprendizagem e relações interpessoais ao longo do ciclo de vida, visando o benefício da vida, saúde e bem-estar (Renpenning & Taylor, 2003);
- b. Atividade de Autocuidado: refere-se às competências adquiridas ao longo da vida que regulam o processo de vida, a manutenção e a promoção da função e estrutura humanas. Estas são influenciadas por fatores como saúde, educação, experiências vividas e influências culturais (Renpenning & Taylor, 2003). Quando o autocuidado não é possível, a assistência por outros agentes é necessária, sendo denominada como agente dependente de cuidados (Orem, 2001; Renpenning & Taylor, 2003);
- c. Exigência Terapêutica de Autocuidado: engloba todas as ações necessárias para atingir o autocuidado, sendo o enfermeiro quem determina as necessidades específicas de cada pessoa conforme o seu desenvolvimento (Orem, 2001);
- d. Requisitos de Autocuidado: ações necessárias para o desenvolvimento e funcionamento humano, classificadas como universais (relacionadas ao aspeto físico, psicológico, social e espiritual), de desenvolvimento (resultantes de eventos que afetam o percurso de vida) e de desvio-saúde (ligados a doenças ou incapacidades que limitam as atividades diárias) (Orem, 2001; Renpenning & Taylor, 2003);

Para este caso clínico, o AVC é considerado um exemplo de desvio-saúde devido ao impacto na funcionalidade e qualidade de vida do indivíduo. Assim, o EEER tem o papel de promover a autonomia da pessoa enquanto agente do seu autocuidado, abordando o processo de forma dinâmica e adaptando intervenções desde a fase aguda até à fase crónica do AVC.

Um dos elementos chave da Teoria do Autocuidado é o conceito de fatores condicionantes básicos, que consistem em fatores internos e externos que influenciam a capacidade de autocuidado, como idade, sexo, estado de saúde, orientação sociocultural, padrões de vida, entre outros (Orem, 2001). Estes fatores podem influenciar o tempo de recuperação, facilitando o desenvolvimento das capacidades para o autocuidado.

A Teoria do Défice de Autocuidado centra-se na ideia de que a pessoa enfrenta limitações na satisfação das suas necessidades de autocuidado devido a questões de saúde ou fatores externos (Orem, 2001). Após identificar o défice de autocuidado relacionado ao estado de saúde do indivíduo, surge a necessidade de cuidados especializados (Renpenning & Taylor, 2003). Orem (2001) destaca cinco formas de colaboração do enfermeiro: agir em substituição ao indivíduo; orientar e encaminhar; oferecer apoio físico e psicológico; criar um ambiente

favorável ao desenvolvimento; e ensinar. Para a prática de Enfermagem, Orem (1993) sugere cinco áreas fundamentais: estabelecer relações enfermeiro-pessoa; determinar formas de auxílio; atender às solicitações e necessidades da pessoa; prescrever e regular assistência direta; e integrar os cuidados de enfermagem com as atividades diárias e outros serviços.

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem delinea o conteúdo e estrutura da prática de enfermagem (Renpenning & Taylor, 2003), apresentando três sistemas principais:

- Sistema Totalmente Compensatório: ocorre quando o enfermeiro substitui todas as ações necessárias para o autocuidado da pessoa, que se encontra completamente dependente;
- Sistema Parcialmente Compensatório: neste caso, a pessoa realiza algumas ações de autocuidado e o enfermeiro ajuda a compensar as limitações;
- Sistema de Apoio-Educação: a pessoa consegue realizar todas as ações de autocuidado, mas necessita de orientação e apoio para o seu desenvolvimento (Orem, 2001; Renpenning & Taylor, 2003).

Em síntese, a relevância deste referencial na área da ER decorre do seu potencial para apoiar a atuação do EEER, com especial destaque para a capacidade da pessoa de aprender novas formas de realizar o autocuidado (Silva et al., 2020). O potencial para atingir independência exige um suporte profissional estruturado e direcionado, focado no desenvolvimento do autocuidado, relevando o papel do EEER.

Teoria de Médio-Alcance do Autocuidado na Doença Crónica

A complexidade e imprevisibilidade de viver com uma doença crónica podem ter impactos significativos a nível individual (físico, emocional e psicológico), bem como nos contextos familiar e social (Sousa et al., 2021). A autogestão da doença crónica representa um desafio que deve ser superado para manter o mais alto nível de saúde e funcionalidade (Bastos, 2015). É responsabilidade do EEER capacitar a pessoa e a sua família para enfrentar os desafios associados a viver com uma doença crónica (OE, 2019).

Embora o conhecimento da Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem ofereça uma compreensão essencial sobre o autocuidado, no caso clínico em análise – défices motores decorrentes de um AVC, que comprometem a capacidade da pessoa para realizar AVD, é também pertinente considerar os pressupostos da Teoria de Médio-Alcance do Autocuidado na Doença Crónica (Riegel et al., 2012).

O autocuidado refere-se a atividades realizadas para melhorar ou restaurar a saúde e bem-estar, bem como tratar ou prevenir doenças. Esta teoria integra três conceitos principais: a manutenção do autocuidado, a monitorização do autocuidado e a gestão do autocuidado (Riegel et al., 2012). Assim:

- A manutenção do autocuidado, refere-se aos comportamentos que mantêm o bem-estar físico

e emocional;

- A monitorização do autocuidado, envolve a observação e monitorização contínua de sinais e sintomas, ou seja, a vigilância da doença;
- A gestão do autocuidado exige atenção à eficácia de um tratamento para avaliar se essa abordagem deve ou não ser utilizada novamente no futuro. A consciência situacional promove a avaliação do tratamento ao facilitar a perceção dos eventos, a compreensão do seu significado e a projeção do seu estado no futuro (Riegel et al., 2012).

Nesta teoria, o autocuidado varia de pessoa para pessoa, sendo influenciado por fatores individuais e culturais. Além disso, o autocuidado não é linear ao longo da vida, podendo incluir a gestão de doenças menores e condições a longo prazo (Sousa et al., 2021). Este processo envolve decisões e ações que podem ser tomadas em conjunto com a família e/ou profissionais de saúde, abrangendo áreas como exercício físico, alimentação saudável, automedicação e prevenção de riscos à saúde (Strömberg et al., 2012). A monitorização do autocuidado envolve reconhecer alterações no estado de saúde e agir adequadamente, como saber quando procurar ajuda profissional. Já a gestão do autocuidado avalia as decisões e comportamentos na resposta às suas necessidades.

Adicionalmente, esta teoria sugere um modelo que relaciona tomada de decisão e reflexão. Este equilíbrio dinâmico permite alcançar um autocuidado ideal, que seja intencional, reflexivo, suficiente e fundamentado (Strömberg et al., 2012).

Resumidamente, os níveis de autocuidado variam, podendo oscilar entre insuficientes e não reflexivos até uma situação ideal de autocuidado pleno. Esta última é caracterizada por comportamentos fundamentados e uma atitude reflexiva nas decisões de autocuidado, promovendo maior qualidade de vida para pessoas com doenças crónicas (Strömberg et al., 2012).

Além dos conceitos-chave já apresentados, as autoras sugerem um modelo que estabelece uma relação interdependente entre a tomada de decisão e a reflexão. Independentemente da sua complexidade e ambiguidade, a pessoa com uma doença crónica deve estar consciente de que o autocuidado exige uma tomada de decisão constante. A reflexão, nesse contexto, refere-se à aquisição de conhecimentos, que são fundamentais para o desempenho eficaz das atividades de autocuidado. Assim, é através da interação entre estes dois processos que se pode alcançar uma situação ideal, caracterizada por uma atitude reflexiva e um autocuidado adequado (Strömberg et al., 2012).

Em síntese, uma pessoa pode apresentar um conhecimento insuficiente e não reflexivo quando enfrenta dificuldades em compreender as razões que justificam o autocuidado, mostrando pouca capacidade de tomar decisões. É também possível que uma pessoa realize as atividades de forma suficiente, mas sem refletir sobre elas. Alternativamente, uma pessoa com uma

atitude reflexiva pode, ainda assim, decidir não se envolver nas atividades de autocuidado. Finalmente, a situação ideal ocorre quando existe um autocuidado intencional, reflexivo, adequado e bem fundamentado (Strömberg et al., 2012).

Teoria das Transições

A Enfermagem refere-se ao processo e às experiências dos seres humanos vivenciando transições, sendo que a prática de Enfermagem pode facilitar essas mesmas transições promovendo o sentido de bem-estar (Meleis & Trangenstein, 1994). A transição, como conceito central em Enfermagem, tem sido analisada e definida de modo a articular e a refletir as relações entre os integrantes envolvidos numa transição (Meleis et al., 2000).

A concepção da Teoria das Transições ocorreu na década de 1960, quando a Enfermeira egípcio-americana e investigadora Afaf Ibrahim Meleis frequentava o Doutorado na Universidade da Califórnia, em Los Angeles. A evolução da Teoria ocorreu ao longo de quatro décadas (Meleis et al., 2000).

Desse processo evolutivo, surgiu o conceito de “transição”, definido como: “passagem de uma fase da vida, condição ou estatuto para outro (...) a transição refere-se tanto ao processo como ao resultado de complexas interações entre a pessoa e o ambiente. Pode envolver mais que uma pessoa e está embebida no contexto e na situação. As características que definem transição incluem a natureza, as condições para a transição e os padrões de resposta” (Schumacher & Meleis, 1994, p. 122).

No que diz respeito à natureza das transições, estas podem ser de quatro tipos: desenvolvimental (mudanças do ciclo vital); situacional (acontecimentos que originam mudanças de funções); saúde/doença (mudança do estado de saúde); e organizacional (mudança na estrutura e dinâmica da organização) (Meleis et al., 2000).

Como padrões da natureza das transições, têm-se: simples, quando a pessoa vivencia uma única transição ou múltipla; sequencial, quando ocorrem em intervalos de tempo distintos ou simultâneo; relacionado ou não relacionado.

Relativamente à associação da teoria com caso clínico deste estudo, trata-se de uma transição de saúde/doença com um padrão simples, uma vez que se encontra a vivenciar uma única transição de condição de Saúde/Doença.

Teoricamente, também foram definidas propriedades que interferem direta ou indiretamente com o processo de transição:

- consciencialização - relacionada com a percepção, conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição, é uma característica que define a transição e a sua ausência significa que o indivíduo não pode ter iniciado a sua experiência de transição;
- envolvimento - relacionado com a procura de informação e proatividade, o indivíduo só se

pode envolver depois de se consciencializar;

- mudanças físicas sociais, ambientais e diferença - esta última consiste nas expectativas não atendidas ou divergentes, a pessoa perceber-se como diferente;
- duração - intervalo de tempo, fluxo ao longo do tempo, desde os sinais iniciais até que é atingida novamente a estabilidade;
- eventos ou pontos críticos - estão associados com a consciência de mudança, necessidade de lidar com uma situação, por exemplo diagnóstico de uma doença (Meleis et al., 2000).

O decorrer do tempo é um fator essencial na transição, assim como o processo de mudança de uma condição estável para um novo estado. Essa transformação exige a aquisição de conhecimentos, a adaptação de comportamentos e a redefinição do *self*, para alcançar um equilíbrio ao longo da transição. Para a obtenção de ganhos em saúde, esse processo deve ser acompanhado pelos EEER (Romão, 2023).

Neste âmbito, torna-se importante a identificação dos eventos/pontos críticos que podem influenciar a vivência da transição, assim como aqueles que geram a estabilização de novas rotinas, competências, estilo de vida e atividades de autocuidado (Brito, 2012).

Para que os enfermeiros tenham possibilidade de se tornarem agentes facilitadores de uma transição é necessário a compreensão das condições pessoais (significados, crenças culturais/atitudes, situação socioeconómica, preparação e o conhecimento), além de fatores externos (da comunidade e sociedade). Estas condições podem ser determinantes na vivência da transição, quer sejam facilitadores, quer sejam inibidores da transição (Meleis et al., 2000).

Nesta linha, importa que o EEER considere, entre outros, o ambiente que envolve a pessoa, integrando a família ou as pessoas significativas nos cuidados especializados. A família deve ser compreendida sob uma perspetiva sistémica, reconhecendo-se que integra variáveis relacionadas com a sua autodeterminação e a forma como responde a situações de mudança. A complexidade do sistema familiar relaciona-se com dimensões contextuais e evolutivas, que resultam da reciprocidade dos processos de mútua integração com o ambiente, conferindo-lhe identidade. Neste sentido, a família deve ser entendida como uma unidade dinâmica, simultaneamente o todo e as partes, não se esgotando nem podendo apenas ser considerada pela soma das partes.

Uma transição saudável é determinada por padrões de resposta ao longo do processo de transição, e é medida por indicadores de processo e de resultado. São considerados indicadores de processo: sentir-se conectado (a redes sociais de apoio: família/amigos/profissionais de saúde); interagir (com pessoas na mesma situação, profissionais de saúde, familiares cuidadores); estar situado (no tempo, no espaço nas relações); o desenvolvimento de sentimentos de confiança e *coping* (que se manifesta pelo nível de compreensão dos diferentes

processos relativos à necessidade de mudança utilizando estratégias para ganhar confiança e lidar com a situação) (Meleis et al., 2000). Sobre os indicadores de resultado, estes referem-se à mestria (domínio de novas competências) e à integração fluída de identidades (reformulação de identidade mais fluída e dinâmica) (Meleis et al., 2000).

Em síntese, a análise do caso clínico fundamenta-se em três teorias de enfermagem que, em conjunto, permitem conceptualizar a intervenção do EEER. A articulação destes referenciais teóricos sustenta uma prática reflexiva e centrada na pessoa, promovendo a sua funcionalidade, autonomia e participação ativa no processo de reabilitação.

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 44 anos | Masculino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-10-24 09:00:00	Ácido Acetilsalicílico 100mg, via oral, às 12 horas.	
2024-10-24 09:00:00	Heparina de baixo peso molecular, via subcutânea, às 19 horas.	
2024-10-24 09:00:00	Paracetamol 1000 mg, via oral, em SOS.	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

O ácido acetilsalicílico (AAS) 100mg é amplamente utilizado como antiagregante plaquetário, analgésico e antipirético. No entanto, a administração e gestão deste medicamento requerem cuidados específicos por parte do enfermeiro para garantir a segurança e eficácia do tratamento (Smith et al, 2020).

1. Indicações e dosagem: É frequentemente prescrito para a prevenção de eventos tromboembólicos, como enfarte do miocárdio e AVC. A dose de 100mg é geralmente utilizada como terapia antiagregante plaquetária.
2. Contraindicações: Não deve ser administrado a pessoas com úlceras gástricas ativas, hemorragias ou hipersensibilidade ao AAS, insuficiência renal ou hepática grave.
3. Interações medicamentosas: O uso concomitante com anticoagulantes ou outros anti-inflamatórios não esteroides pode aumentar o risco de hemorragias. Deve-se monitorizar cuidadosamente pessoas que utilizam medicamentos como metotrexato ou corticosteroides.
4. Efeitos adversos: Podem incluir hemorragias gastrointestinais, náuseas, tonturas e, em casos raros, síndrome de Reye (em crianças e adolescentes com doenças virais).
5. Cuidados de Enfermagem: Monitorização: Avaliar sinais de hemorragia, como hematomas ou

sangramentos. Orientar sobre a importância de tomar o medicamento com alimentos para reduzir irritações gástricas e evitar o consumo de álcool. Verificar regularmente os parâmetros de coagulação e a função renal.

A heparina de baixo peso molecular 40mg, é amplamente utilizado na prevenção e tratamento de trombozes venosas profundas (TVP) e embolias pulmonares (TEP). A administração e gestão deste medicamento pelos enfermeiros requerem atenção a vários aspetos para garantir a segurança e eficácia do tratamento (Silva et al., 2021).

1. Indicações e dosagem: Indicada para profilaxia de TVP em pessoas submetidas a cirurgias ou com mobilidade reduzida. A dose de 40mg é geralmente administrada por via subcutânea, uma vez ao dia.

2. Contraindicações: Não deve ser utilizada em pessoas com hemorragias ativas, trombocitopenia induzida por heparina ou hipersensibilidade ao fármaco. Deve ser evitada em casos de insuficiência renal grave sem ajustar a dose.

3. Interações medicamentosas: O uso concomitante com outros anticoagulantes ou anti-inflamatórios não esteroides pode aumentar o risco de hemorragias. Monitorizar cuidadosamente pessoas que utilizam medicamentos como aspirina ou varfarina.

4. Efeitos Adversos: Podem incluir hematomas no local da injeção, hemorragias, trombocitopenia e, raramente, reações alérgicas.

5. Cuidados de Enfermagem: Administrar a injeção no tecido subcutâneo do abdómen, evitando áreas próximas ao umbigo. Monitorizar sinais de hemorragia, como hematomas extensos ou sangramentos. Orientar sobre a importância de não esfregar o local da injeção para evitar hematomas.

O paracetamol 1000mg em comprimidos exige cuidado por parte dos enfermeiros para garantir o uso seguro e eficaz. Este analgésico e antipirético é amplamente prescrito, mas a administração incorreta pode levar a complicações, como toxicidade hepática (Brown et al, 2022).

1. Indicações e dosagem: Usado para aliviar dores moderadas a intensas e reduzir febre. A dose máxima diária em adultos é de 4000mg, respeitando intervalos mínimos de 4 a 6 horas entre as doses.

2. Contraindicações: Contraindicado em pessoas com insuficiência hepática grave ou alergia ao paracetamol. Deve ser evitado o uso em caso de consumo excessivo de álcool devido ao risco aumentado de toxicidade hepática.

3. Interações medicamentosas: Potenciais interações com anticoagulantes como a varfarina (risco de hemorragia). Uso concomitante com outros medicamentos hepatotóxicos deve ser monitorizado.

4. Efeitos adversos: Incluem náuseas, desconforto abdominal e, em casos raros, necrose hepática devido a sobredosagem.

5. Cuidados de Enfermagem: Monitorização: Avaliar sinais de toxicidade hepática, como icterícia ou alterações nos testes de função hepática. Orientar sobre a importância de não exceder a dose recomendada e de evitar a automedicação com outros produtos que contenham paracetamol.

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

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

TC-CE – Revela hiperdensidade espontânea da artéria basilar / angio-TC-CE – confirma oclusão 2/3 da artéria basilar e suspeita de disseção da artéria vertebral direita.

Trombectomia mecânica da artéria basilar com punção na artéria femoral esquerda.

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
24-10-2024 09:00	Consciência	
24-10-2024 09:00	Força muscular	
24-10-2024 09:00	Movimento articular	
24-10-2024 09:00	Tónus muscular	
24-10-2024 09:00	Equilíbrio estático	
24-10-2024 09:00	Equilíbrio dinâmico	
24-10-2024 09:00	Sensações somáticas	
24-10-2024 09:00	Deglutição	
24-10-2024 09:00	Erguer-se	
24-10-2024 09:00	Sentar-se	
24-10-2024 09:00	Cuidar da higiene pessoal	
24-10-2024 09:00	Vestir-se ou despir-se	
24-10-2024 09:00	Andar	
24-10-2024 09:00	Alimentar-se	

Início

24-10-2024 09:00

Domínios

Transferir-se

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

A seleção dos domínios sobre os quais recai a intervenção a implementar obedece ao reconhecimento das reais necessidades da pessoa.

O EEER tem como responsabilidade e foco de intervenção a promoção da saúde e prevenção da doença, adotando práticas que previnam complicações secundárias e que respeitem o direito à dignidade, à qualidade de vida e à promoção da autonomia do doente. Para isso, concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas (OE, 2019).

Vaughns et al. (2016) asseguram, no seu Modelo de Competências, que o EEER é o profissional de saúde que cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo de todo o ciclo vital, nos diferentes contextos da prática de cuidados, com competências para capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção na sociedade, maximizando a funcionalidade e as capacidades da pessoa.

A tomada de decisão em enfermagem é um processo intrinsecamente complexo, envolvendo a identificação das necessidades de cuidados através da análise dos dados recolhidos. Esta análise conduz à formulação de diagnósticos que refletem a condição da pessoa e culmina na definição de intervenções destinadas a prevenir riscos, identificar precocemente problemas potenciais e abordar ou atenuar os problemas reais identificados, com o intuito de promover resultados positivos e ganhos em saúde (OE, 2001; Regulamento nº3508/2015).

O potencial da pessoa com dependência funcional resulta da interação de vários fatores, sendo que avaliação do EEER deve ter em conta 3 dimensões essenciais: a capacidade funcional, que inclui os domínios cognitivo e físico; os fatores emocionais; os sistemas de apoio constituídos pela sua rede familiar, profissionais de saúde, o tempo e o ambiente (Lourenço et al., 2021).

Consciência

De acordo com a *International Classification for Nursing Practice* (ICNP) (2019), a consciência é definida como a resposta mental do indivíduo a estímulos e impressões externas, resultante da combinação dos sentidos, mantendo a mente alerta e sensível ao ambiente exterior.

O nível de consciência é um indicador chave do grau de lesão cerebral após um AVC, sendo que, a Escala de Coma de Glasgow com pontuações mais baixas na admissão e um estado mental alterado aumentam as probabilidades de mortalidade (Teasdale, 2014).

Importa perceber que o sistema vertebrobasilar, afetado neste caso, irriga o tronco encefálico, o cerebelo e o lobo occipital. Sabendo que, a consciência depende do córtex, do tronco cerebral e do tálamo, défices de irrigação nos mesmos podem comprometer o estado de consciência. As desordens da consciência são caracterizadas pela alteração ou interrupção da vigília e do conhecimento sobre a situação (Ribeiro et al. 2021).

Neste contexto, torna-se essencial para o EEER, a neuroavaliação. Esta consiste num conjunto de técnicas que visam provocar uma resposta do sistema nervoso. É uma avaliação de vários parâmetros, como a reação pupilar, a avaliação dos pares cranianos, a força muscular, a sensibilidade, o tônus muscular, a coordenação motora e o estado de consciência (Menoita et al., 2022).

Força Muscular e Movimento Articular

O movimento corporal, de acordo com o ICNP (2019), é um processo do sistema musculoesquelético e diz respeito ao “movimento espontâneo, voluntário ou involuntário dos músculos e articulações”.

Dois terços das pessoas que sofrem um AVC apresentam hemiparesia residual, o que resulta numa incapacidade crónica a longo prazo. Considera-se que o músculo esquelético seja o principal órgão efetor responsável pela incapacidade física na população com AVC. Os sobreviventes de AVC (desde 6 meses após o AVC) evidenciam uma perda de massa muscular e uma diminuição da força muscular, tanto nos membros paréticos como nos não paréticos (Beckwée et al., 2022).

Subsequente à hemiparesia e/ou hemiplegia alguns défices motores são esperados, o que pode envolver também alterações no movimento articular e na amplitude de movimento, com consequente compromisso na perceção e motricidade reflexa, assim como na sinergia do movimento, ocorrendo presença da dor (Silveira et al., 2017). Assim, o EEER deve contemplar o movimento articular no seu plano terapêutico com o objetivo de evitar eventuais complicações.

Tônus Muscular

A espasticidade, de acordo com o ICNP (2019), define-se como: “ o processo do sistema músculo esquelético comprometido: contração descontrolada dos músculos esqueléticos; aumento do tônus muscular; rigidez muscular e movimentos descoordenados”.

Espasticidade é um foco de enfermagem relevante na pessoa com compromisso no sistema nervoso decursivo de AVC (Araújo et al. 2021).

O impacto negativo da espasticidade na capacidade funcional é considerado uma das limitações motoras mais incapacitantes, impondo restrições às tarefas instrumentais básicas. Neste contexto, destacam-se as competências técnico-científicas do EEER na capacitação da pessoa com AVC, através da implementação de exercícios que promovam o fortalecimento muscular,

bem como melhorias no movimento articular, prevenindo potenciais complicações, com o objetivo de promover e maximizar a independência e a funcionalidade da pessoa (Teasell et al., 2020).

Equilíbrio Estático e Dinâmico

A pessoa acometida por um AVC isquêmico, objeto deste estudo, é jovem e tem uma atividade desportiva que é fundamental para a sua sua vivência social. Por este motivo a seleção deste domínio, neste caso, não se justifica apenas pelo déficit funcional objetivamente identificado, mas também pelo seu significado pessoal e social, que ultrapassa a dimensão física e é fundamental para a qualidade de vida da pessoa.

Estas são razões que justificam em pleno a necessidade emergente da intervenção especializada do EEER, sustentado no seu corpo de conhecimento e competências específicas (Regulamento nº 392/2019) para implementar programas de treino motor e treino de equilíbrio, dotando a pessoa de capacidades que promovam a sua funcionalidade, autonomia e independência (Garcia et al., 2021).

O equilíbrio pode ser definido como o processo através do qual a pessoa mantém e move o seu corpo numa relação específica com o meio. É um processo automático e inconsciente que permite resistir aos efeitos desestabilizadores da gravidade. O equilíbrio pode ser dividido em estático e dinâmico, em que o equilíbrio estático é a capacidade de manter o centro de gravidade dentro da base de sustentação enquanto se está em pé ou sentado, e o equilíbrio dinâmico, refere-se à manutenção da posição ereta enquanto o centro de gravidade e a base de sustentação estão em movimento e o centro de gravidade está a deslocar-se para fora dessa base (Garcia et al., 2021). Mecanicamente, o equilíbrio é mantido pela interação do centro de massa e centro de pressão. Mesmo em postura ortostática, o corpo humano está em constante ajuste para manter o equilíbrio (Januário e Amaral, 2010).

O centro de gravidade é o ponto único de um corpo onde a sua massa está igualmente distribuída, coincidindo no corpo humano com o centro de massa. O Equilíbrio pode definir-se como a habilidade de manter o corpo com oscilações mínimas, assegurando a postura durante atividades motoras e consiste em manter o centro de gravidade dentro da base de suporte, promovendo estabilidade nas situações estáticas e dinâmicas (Magalhães et al., 2020).

A alteração do equilíbrio na pessoa com AVC é um fator que compromete a recuperação da capacidade funcional para realizar as AVD, como erguer-se, sentar-se, virar-se, transferir-se e andar, resultando num risco acrescido de queda (Teasell et al., 2020). O EEER desempenha um papel vital na promoção de ambientes seguros e na capacitação das pessoas, potenciando a sua autonomia e contribuindo para a obtenção de ganhos em saúde (Correia et al., 2019).

Compreender a fisiologia do equilíbrio é fundamental, uma vez que este desempenha um papel essencial na realização do autocuidado. A complexidade do equilíbrio reflete-se na

interdependência de fatores como o sistema sensorial (visual, vestibular e somatossensorial), o tempo de reação, o sistema motor (força muscular, amplitude articular e sinergias musculares), os centros de equilíbrio no SNC, o processamento cognitivo, sistemas adaptativos e características morfológicas do corpo (altura, centro de massa, comprimento dos pés e distribuição de peso) (Januário e Amaral, 2010). Para uma melhor compreensão, abordaremos a influência dos principais sistemas na manutenção do equilíbrio.

- Sistema sensitivo-sensorial

Existem diferentes classificações de recetores sensoriais. De acordo com Januário e Amaral (2010), os recetores podem ser agrupados em exteroceptores, que respondem a estímulos externos e estão localizados na superfície corporal; proprioceptores, que detetam movimento e alterações na posição corporal em tecidos profundos; e interoceptores, localizados em órgãos internos, vasos sanguíneos e vísceras. Estes recetores desempenham um papel importante na percepção sensorial e na manutenção do equilíbrio.

- Sistema somatossensorial

Em indivíduos saudáveis, numa base de suporte estável, o sistema somatossensorial fornece cerca de 70% da informação sensorial necessária para manter o equilíbrio, enquanto os sistemas visual e vestibular contribuem com 10% e 20%, respetivamente (Peterka, 2018).

Os proprioceptores localizados no pescoço informam sobre a inclinação da cabeça em relação ao tronco, transmitindo estes dados aos núcleos vestibulares e reticulares. Quando o pescoço e o tronco estão alinhados, os proprioceptores complementam a informação vestibular, mas qualquer desalinhamento pode causar discrepâncias na percepção postural (Januário e Amaral, 2010). O sistema somatossensorial integra *inputs* provenientes de músculos, articulações e recetores cutâneos, fornecendo ao SNC dados cruciais sobre a posição dos segmentos corporais e a força exercida sobre as superfícies de suporte (Teixeira, 2021).

A informação somatossensorial é essencial para desencadear respostas automáticas e determinar a amplitude das reações necessárias para corrigir distúrbios posturais (Teixeira, 2021). A propriocepção é definida por Garcia et al. (2021) como o *input* neural gerado por mecanorreceptores em músculos, tendões, articulações e ligamentos, permite ao corpo ajustar-se de forma eficaz ao ambiente. Esta capacidade do corpo de adaptar-se a diferentes posturas, de forma inconsciente, proporciona uma interação eficiente com o espaço envolvente. Este processo é responsável por melhorar a força muscular, o equilíbrio e a marcha (Rossato et al., 2013).

- Sistema visual

O sistema visual tem um papel essencial na determinação da trajetória e velocidade de objetos, bem como dos segmentos corporais. Este sistema contribui para a manutenção do ortostatismo

e para a orientação dos movimentos corporais em relação ao meio envolvente. A eficácia da visão no controlo postural está diretamente associada a fatores como a acuidade visual, o contraste, a distância dos objetos e a iluminação do ambiente. Vários movimentos oculares desempenham funções fundamentais no controlo postural, entre os quais se incluem os movimentos sacádicos, movimentos de perseguição, nistagmo optocinético, movimentos oculares conjugados e movimentos de vergência (Teixeira, 2021).

Januário e Amaral (2010) destacam o reflexo visual de correção postural, em que a cabeça se ajusta à verticalidade com base na análise visual do ambiente, orientando-se por referências horizontais e verticais. Caso a perceção visual seja afetada ou distorcida, levando a uma inclinação incorreta da cabeça, o equilíbrio corporal pode ser seriamente comprometido.

- Sistema vestibular

O sistema vestibular contribui para a manutenção do equilíbrio. O labirinto membranoso é constituído pelo utrículo, sáculo e canais semicirculares, estruturas preenchidas por um fluido que se desloca com o movimento da cabeça. Este movimento ativa as células ciliares e os potenciais de ação são transmitidos ao SNC do ramo vestibular do nervo vestibulococlear (VIII par craniano) (Januário e Amaral, 2010).

O sistema vestibular deteta as acelerações da cabeça, tanto lineares como angulares, que ocorrem durante a flexão, extensão, inclinação e rotação do pescoço. No entanto, este sistema não é sensível a movimentos passivos contínuos realizados a velocidade constante (Januário e Amaral, 2010). A contribuição dos impulsos vestibulares para o controlo postural é reduzida se a pessoa estiver imóvel numa superfície estável e com os olhos abertos. Contudo, perante um défice vestibular, é notória a dificuldade em manter o equilíbrio em ambientes com pouca luz ou com os olhos fechados. Neste contexto, o equilíbrio depende mais da visão, e é possível manter uma estabilidade quase normal desde que os movimentos da pessoa sejam lentos e o espaço envolvente estiver bem iluminado (Januário e Amaral, 2010).

O sistema vestibular está profundamente ligado a várias estruturas do SNC — como os núcleos vestibulares, o córtex cerebral, o cerebelo, a formação reticular, a espinal medula e os núcleos oculomotores (Januário e Amaral, 2010).

- Sistema Extrapiramidal

O sistema extrapiramidal é um conjunto de estruturas subcorticais, como os gânglios da base, o tálamo e o cerebelo, que desempenham um papel essencial na modulação e coordenação dos movimentos voluntários, especialmente os automáticos e posturais. Ao contrário do sistema piramidal, que está diretamente envolvido na execução do movimento, o sistema extrapiramidal atua de forma indireta, regulando o tônus muscular e a fluidez dos gestos. A sua disfunção está associada a síndromes motoras como o parkinsonismo, a discinesia tardia e a acatisia, frequentemente observadas em doentes submetidos a terapêuticas com antipsicóticos (Godeiro

Júnior, et al., 2006).

- Sensações Somáticas

O sistema somatossensorial também é conhecido como sensações somáticas, tato ou percepção tátil. Anatomicamente falando, o sistema somatossensorial é uma rede neuronal que ajuda os humanos a reconhecer objetos, discriminar texturas, gerar *feedback* sensório-motor e interagir socialmente (National Institutes of Health. 2025).

Tendo em conta a definição anterior, bem como o potencial de perturbação do sistema somatossensorial da pessoa que sofreu um AVC, segundo Santos et al. (2021), estas devem ser tidas em consideração no plano terapêutico de reabilitação da pessoa, com o objetivo de recuperar as funções sensoriomotoras visando a melhoria da qualidade de vida, assim como a autonomia na execução das AVD.

A orientação postural resulta do controlo ativo do alinhamento corporal face à gravidade, enquanto a orientação espacial depende da interpretação integrada da informação sensorial proveniente dos sistemas somatossensorial, vestibular e visual, permitindo a manutenção do equilíbrio e da postura mesmo perante estímulos externos desafiantes (Kleiner et al., 2010).

Deglutição

O ICNP ® (2019) refere-se a deglutição como sendo “Processo fisiológico de mover alimentos, líquidos ou saliva da cavidade oral para o estômago”. As quatro fases deste processo fisiológico são: a fase oral preparatória, a fase oral, a fase faríngea e a fase esofágica. No contexto em que estamos a trabalhar, a causa da disfagia será uma disfunção neurológica quando excluídos outros fatores de disfunção. Neste caso trata-se de uma disfagia neurogénica.

O compromisso deste domínio pode acarretar complicações potencialmente fatais como sejam: a pneumonia por aspiração de alimentos, a desnutrição e défice calórico e proteico resultantes da diminuição de ingestão, potenciando a necessidade de internamento hospitalar e/ou Institucionalização prolongadas (Teasell et al., 2020; Araújo et al., 2021).

Autocuidado

O AVC é uma condição neurológica que pode provocar incapacidade significativa, afetando a independência e o autocuidado das pessoas. Após um AVC, os doentes frequentemente enfrentam desafios em realizar AVD, como higiene pessoal, alimentação e mobilidade, devido a défices motores, cognitivos ou emocionais. A Reabilitação surge como uma estratégia essencial para promover o autocuidado, restaurando a autonomia e facilitando a reintegração social. Este processo exige abordagens multidimensionais, focadas na recuperação funcional e no apoio emocional, para capacitar os indivíduos a desenvolverem estratégias eficazes que permitam superar limitações e retomar as AVD com maior qualidade de vida.

O EEER desempenha um papel determinante na recuperação de pessoas pós-AVC. Este profissional utiliza metodologias baseadas em evidências científicas para avaliar necessidades específicas e implementar planos personalizados de reabilitação. A sua atuação abrange não só o suporte físico, por meio de intervenções como exercícios terapêuticos e uso de dispositivos de mobilidade, mas também o apoio educacional, ajudando a pessoa e a sua família a compreenderem o processo de reabilitação e adotarem práticas favoráveis à recuperação. Além disso, o EEER contribui para prevenir complicações secundárias e promove a continuidade dos cuidados no domicílio, assegurando que a pessoa mantenha os progressos alcançados e fortaleça a sua independência (Regulamento n.º 392/2019).

3.6. Conceção de Cuidados

Consciência

24-10-2024 09:00

24-10-2024 09:00 - Consciente.

24-10-2024 09:00 - Determinar sinais de alteração da consciência

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência [Uma vez por turno]

30-10-2024 12:00 - Consciente.

Força muscular

24-10-2024 09:00

24-10-2024 09:00 - Força - contração muscular

24-10-2024 09:00 - Membro superior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

24-10-2024 09:00 - Membro superior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência.

24-10-2024 09:00 - Membro inferior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

24-10-2024 09:00 - Membro inferior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência.

24-10-2024 09:00 - Face: mobilidade da face simétrica e sem alterações.

24-10-2024 09:00 - Pálpebra Esquerda(o): sem ptose.

24-10-2024 09:00 - Pálpebra Direita(o): sem ptose.

24-10-2024 09:00 - Paresia [RESOLVIDO] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Determinar evolução da força muscular [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da força - contração muscular (Membro superior Direita(o), Membro inferior Direita(o)) [Uma vez por turno] [FIM]

30-10-2024 12:00

30-10-2024 12:00 - Força - contração muscular

30-10-2024 12:00 - Membro inferior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência [MELHOROU].

30-10-2024 12:00 - Membro superior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência [MELHOROU].

24-10-2024 09:00 - Melhorar força muscular [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-resistido (Membro superior Direita(o), Membro inferior Direita(o)) [Uma vez turno da manhã/uma vez turno da tarde] [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Promover adesão: regime de exercícios músculo-articulares [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular: necessita ser melhorada para progredir para a

mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:00 - Capacidade para executar exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:00 - Autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares: facilitadora.

24-10-2024 09:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular [RESOLVIDO]

30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular (Membro superior Direita(o), Membro inferior Direita(o)) [Uma vez por turno] [FIM] 30-10-2024 12:00

30-10-2024 12:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular: facilitadora [MELHOROU].

24-10-2024 09:00 - Analisar com o cliente a relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular (Membro superior Direita(o), Membro inferior Direita(o)) [Uma vez por dia] [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Potencial para melhorar capacidade para executar exercícios músculo-articulares [RESOLVIDO] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da capacidade para executar exercícios músculo-articulares (Membro superior Direita(o), Membro inferior Direita(o)) [Uma vez por turno] [FIM] 30-10-2024 12:00

30-10-2024 12:00 - Capacidade para executar exercícios músculo-articulares: facilitadora [MELHOROU].

24-10-2024 09:00 - Instruir exercícios músculo-articulares (Membro superior Direita(o), Membro inferior Direita(o)) [Uma vez turno da manhã/uma vez turno da tarde] [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Treinar exercícios músculo-articulares (Membro superior Direita(o), Membro inferior Direita(o)) [Uma vez turno da manhã/uma vez turno da tarde] [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da adesão aos exercícios músculo-articulares [Uma vez por turno] [FIM] 30-10-2024 12:00

30-10-2024 12:00 - Realiza os exercícios músculo-articulares de acordo com a recomendação.

30-10-2024 12:00 - Refere satisfação com a autogestão dos exercícios músculo-articulares.

Movimento articular

24-10-2024 09:00

24-10-2024 09:00 - Articulação

24-10-2024 09:00 - Antebraço Direita(o): Supinação.

24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.

24-10-2024 09:00 - Antebraço Direita(o): Pronação.

24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.

24-10-2024 09:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Abdução.

24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Adução.
24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Flexão.
24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Extensão.
24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Rotação interna.
24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Rotação externa.
24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Articulação do cotovelo Direita(o): Flexão.
24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Articulação do cotovelo Direita(o): Extensão.
24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Articulação do cotovelo Esquerda(o): Flexão.
24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Articulação do cotovelo Esquerda(o): Extensão.
24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Antebraço Esquerda(o): Supinação.
24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Articulação do joelho Direita(o): Flexão.
24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Articulação do joelho Direita(o): Extensão.
24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Flexão.
24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Extensão.
24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Eversão.
24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Inversão.
24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Flexão.
24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Extensão.
24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Eversão.
24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Inversão.
24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Antebraço Esquerda(o): Pronação.
24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Dedos da mão Direita(o): Flexão.

24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Dedos da mão Direita(o): Extensão.
24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Dedos da mão Direita(o): Circundação do polegar.
24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Dedos da mão Direita(o): Oponência do polegar.
24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Flexão.
24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Extensão.
24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Circundação do polegar.
24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Oponência do polegar.
24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Ombro Direita(o): Abdução.
24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Ombro Direita(o): Adução.
24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Articulação da anca Direita(o): Abdução.
24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Ombro Direita(o): Flexão.
24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Ombro Direita(o): Extensão.
24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Ombro Direita(o): Rotação interna.
24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Ombro Direita(o): Rotação externa.
24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Ombro Esquerda(o): Abdução.
24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Ombro Esquerda(o): Adução.
24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Ombro Esquerda(o): Flexão.
24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Ombro Esquerda(o): Flexão.
24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Ombro Esquerda(o): Extensão.
24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Ombro Esquerda(o): Rotação interna.
24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Articulação da anca Direita(o): Adução.
24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Ombro Esquerda(o): Rotação externa.

24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Punho Direita(o): Flexão.
24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Punho Direita(o): Extensão.
24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Punho Direita(o): Desvio cubital.
24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Punho Direita(o): Desvio radial.
24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Punho Esquerda(o): Flexão.
24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Punho Esquerda(o): Extensão.
24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Punho Esquerda(o): Desvio cubital.
24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Punho Esquerda(o): Desvio radial.
24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Articulação da anca Direita(o): Flexão.
24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Articulação da anca Direita(o): Extensão.
24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Articulação da anca Direita(o): Rotação interna.
24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:00 - Articulação da anca Direita(o): Rotação externa.
24-10-2024 09:00 - mobilidade articular total.

24-10-2024 09:00 - Determinar evolução da mobilidade articular

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da mobilidade articular [Uma vez por turno]

Tónus muscular

24-10-2024 09:00

24-10-2024 09:00 - Tónus

24-10-2024 09:00 - Direita(o): movimento passivo sem resistência muscular.
24-10-2024 09:00 - Esquerda(o): movimento passivo sem resistência muscular.
24-10-2024 09:00 - Membro inferior Direita(o): movimento passivo sem resistência muscular.
24-10-2024 09:00 - Membro inferior Esquerda(o): movimento passivo sem resistência muscular.
24-10-2024 09:00 - Membro superior Direita(o): movimento passivo sem resistência muscular.
24-10-2024 09:00 - Membro superior Esquerda(o): movimento passivo sem resistência muscular.
24-10-2024 09:00 - Pescoço: movimento passivo sem resistência muscular.

24-10-2024 09:00 - Determinar evolução do tónus muscular

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução do tónus muscular (Membro superior Direita(o), Membro inferior Direita(o)) [Uma vez por turno]

30-10-2024 12:00 - Tónus

30-10-2024 12:00 - Membro inferior Direita(o): movimento passivo sem resistência muscular [MANTEVE].

30-10-2024 12:00 - Membro superior Direita(o): movimento passivo sem resistência muscular [MANTEVE].

Equilíbrio estático

24-10-2024 09:00

24-10-2024 09:00 - Instabilidade postural sentado sem apoio.

24-10-2024 09:00 - Controlo postural em pé: Instabilidade postural sem apoio.

24-10-2024 09:00 - Equilíbrio estático comprometido [RESOLVIDO] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Determinar evolução do equilíbrio estático [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução do equilíbrio estático [Uma vez por turno] [FIM] 30-10-2024 12:00

30-10-2024 12:00 - Estabilidade postural sentado sem apoio [MELHOROU].

30-10-2024 12:00 - Controlo postural em pé: Estabilidade postural sem apoio [MELHOROU].

24-10-2024 09:00 - Melhorar equilíbrio estático [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Executar técnica de treino do equilíbrio estático [Uma vez turno da manhã/uma vez turno da tarde] [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Prevenir queda [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [Sempre] [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Promover autogestão: prevenção de quedas [FIM]

30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda [RESOLVIDO] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de queda [Uma vez por turno] [FIM] 30-10-2024 12:00

30-10-2024 12:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: facilitador [MELHOROU].

24-10-2024 09:00 - Ensinar sobre prevenção de quedas [Uma vez turno da manhã/uma vez turno da tarde] [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de quedas [Uma vez por turno] [FIM] 30-10-2024 12:00

30-10-2024 12:00 - Adota comportamentos de prevenção de quedas.

30-10-2024 12:00 - Refere satisfação com os comportamentos de prevenção de quedas.

24-10-2024 09:00 - Promover adesão: treino do equilíbrio estático [FIM]

30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o

momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:00 - Capacidade para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:00 - Autoeficácia para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:00 - Significado atribuído ao treino do equilíbrio: não dificultador.

24-10-2024 09:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio [RESOLVIDO]

30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio [Uma vez por turno] [FIM]

30-10-2024 12:00

30-10-2024 12:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio: facilitadora [MELHOROU].

24-10-2024 09:00 - Analisar com o cliente a relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio [Uma vez por dia] [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Potencial para melhorar capacidade para treinar o equilíbrio [RESOLVIDO] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da capacidade para treinar o equilíbrio [Uma vez por turno] [FIM] 30-10-2024 12:00

30-10-2024 12:00 - Capacidade para treinar o equilíbrio: facilitadora [MELHOROU].

24-10-2024 09:00 - Instruir o treino do equilíbrio estático [Uma vez turno da manhã/uma vez turno da tarde] [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Treinar equilíbrio estático [Uma vez turno da manhã/uma vez turno da tarde] [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para treinar o equilíbrio [RESOLVIDO] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para treinar o equilíbrio [Uma vez por turno] [FIM] 30-10-2024 12:00

30-10-2024 12:00 - Autoeficácia para treinar o equilíbrio: facilitadora [MELHOROU].

24-10-2024 09:00 - Treinar equilíbrio estático [Uma vez turno da manhã/uma vez turno da tarde] [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados [Uma vez por dia] [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Elogiar o desempenho do cliente [Sempre que necessário] [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da adesão ao treino do equilíbrio estático [Uma vez por turno] [FIM] 30-10-2024 12:00

30-10-2024 12:00 - Realiza treino do equilíbrio estático de acordo com a recomendação.

30-10-2024 12:00 - Refere satisfação com a autogestão do treino do equilíbrio estático.

Equilíbrio dinâmico

24-10-2024 09:00

24-10-2024 09:00 - Controlo postural em movimento: Instabilidade ao andar.

24-10-2024 09:00 - Equilíbrio dinâmico comprometido [RESOLVIDO] 30-10-2024 12:00**24-10-2024 09:00 - Determinar evolução do equilíbrio dinâmico** [FIM]

30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução do equilíbrio dinâmico [Uma vez por turno] [FIM] 30-10-2024 12:00

30-10-2024 12:00 - Controlo postural em movimento: Estabilidade postural em movimento [MELHOROU].

24-10-2024 09:00 - Melhorar equilíbrio dinâmico [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Executar técnica de treino do equilíbrio dinâmico [Uma vez turno da manhã/uma vez turno da tarde] [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Assistir no treino do equilíbrio [Uma vez turno da manhã/uma vez turno da tarde] [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Prevenir queda [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Adequar o vestuário para prevenir queda [Sempre que necessário] [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [Sempre] [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Promover autogestão: prevenção de quedas [FIM]

30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda [RESOLVIDO] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de queda [Uma vez por turno] [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Ensinar sobre prevenção de quedas [Uma vez turno da manhã/uma vez turno da tarde] [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de quedas [Uma vez por turno] [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Promover adesão: treino do equilíbrio dinâmico [FIM]

30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Capacidade para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:00 - Autoeficácia para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:00 - Significado atribuído ao treino do equilíbrio: não dificultador.

24-10-2024 09:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação

entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio [RESOLVIDO]

30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio [Uma vez por turno] [FIM]

30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Analisar com o cliente a relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio [Uma vez por dia] [FIM]

24-10-2024 09:00 - Potencial para melhorar capacidade para treinar o equilíbrio [RESOLVIDO]

30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da capacidade para treinar o equilíbrio [Uma vez por turno] [FIM]

30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Instruir o treino do equilíbrio dinâmico [Uma vez turno da manhã/uma vez turno da tarde] [FIM]

30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Treinar equilíbrio dinâmico [Uma vez turno da manhã/uma vez turno da tarde] [FIM]

30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para treinar o equilíbrio [RESOLVIDO]

30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para treinar o equilíbrio [Uma vez por turno] [FIM]

30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Treinar equilíbrio dinâmico [Uma vez turno da manhã/uma vez turno da tarde] [FIM]

30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados [Uma vez por dia] [FIM]

30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Elogiar o desempenho do cliente [Sempre que necessário] [FIM]

30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da adesão ao treino do equilíbrio dinâmico [Uma vez por turno] [FIM]

30-10-2024 12:00

30-10-2024 12:00 - Realiza treino do equilíbrio dinâmico de acordo com a recomendação.

30-10-2024 12:00 - Refere satisfação com a autogestão do treino do equilíbrio dinâmico.

Sensações somáticas

24-10-2024 09:00

24-10-2024 09:00 - Sem manifestação de prurido.

24-10-2024 09:00 - Sensibilidade superficial

24-10-2024 09:00 - Membro inferior Direita(o)

24-10-2024 09:00 - Com compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

24-10-2024 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

24-10-2024 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

24-10-2024 09:00 - Membro superior Direita(o)

24-10-2024 09:00 - Com compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

24-10-2024 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

24-10-2024 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

24-10-2024 09:00 - Sensibilidade profunda

- 24-10-2024 09:00 - Membro superior Direita(o)
24-10-2024 09:00 - Com compromisso da sensibilidade propriocetiva.
24-10-2024 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.
24-10-2024 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.
24-10-2024 09:00 - Sem manifestação de dor.
- 24-10-2024 09:00 - Determinar sinais de dor**
24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução de sinais de dor [Uma vez por turno]
30-10-2024 12:00 - Sem manifestação de dor [MANTEVE].
- 24-10-2024 09:00 - Determinar evolução da dor**
24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da dor [Uma vez por turno]
30-10-2024 12:00 - Localização da dor
30-10-2024 12:00 - Região occipital
30-10-2024 12:00 - Intensidade da dor - sem dor.
- 24-10-2024 09:00 - Sensibilidade comprometida** [RESOLVIDO] 30-10-2024 12:00
- 24-10-2024 09:00 - Determinar evolução da sensibilidade** [FIM] 30-10-2024 12:00
- 24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da sensibilidade (Membro superior Direita(o), Membro inferior Direita(o)) [Uma vez por turno] [FIM] 30-10-2024 12:00
- 30-10-2024 12:00 - Sensibilidade superficial
30-10-2024 12:00 - Membro inferior Direita(o)
30-10-2024 12:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.
30-10-2024 12:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.
30-10-2024 12:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.
30-10-2024 12:00 - Membro superior Direita(o)
30-10-2024 12:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.
30-10-2024 12:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.
30-10-2024 12:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.
30-10-2024 12:00 - Sensibilidade profunda
30-10-2024 12:00 - Membro inferior Direita(o)
30-10-2024 12:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.
30-10-2024 12:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.
30-10-2024 12:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.
30-10-2024 12:00 - Membro superior Direita(o)
30-10-2024 12:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.
30-10-2024 12:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.
30-10-2024 12:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.
- 24-10-2024 09:00 - Melhorar sensibilidade** [FIM] 30-10-2024 12:00
24-10-2024 09:00 - Executar estimulação da sensibilidade tátil (Membro superior Direita(o), Membro inferior Direita(o)) [Uma vez turno da manhã/uma vez turno da tarde] [FIM] 30-10-2024 12:00
- 24-10-2024 09:00 - Promover autogestão: sensibilidade** [FIM] 30-10-2024 12:00
24-10-2024 09:00 - Capacidade para estimular a sensibilidade tátil: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
24-10-2024 09:00 - Consciencialização da relação entre a estimulação e a

recuperação da sensibilidade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:00 - Potencial para melhorar capacidade para estimular a sensibilidade tátil [RESOLVIDO] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da capacidade para autoestimulação da sensibilidade [Uma vez por turno] [FIM] 30-10-2024 12:00

30-10-2024 12:00 - Capacidade para estimular a sensibilidade tátil: facilitadora [MELHOROU].

24-10-2024 09:00 - Instruir a autoestimulação da sensibilidade [Uma vez turno da manhã/uma vez turno da tarde] [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Treinar autoestimulação da sensibilidade [Uma vez turno da manhã/uma vez turno da tarde] [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a estimulação e a recuperação da sensibilidade [RESOLVIDO]

30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a estimulação e a recuperação da sensibilidade [Uma vez por turno] [FIM]

30-10-2024 12:00

30-10-2024 12:00 - Consciencialização da relação entre a estimulação e a recuperação da sensibilidade: facilitadora [MELHOROU].

24-10-2024 09:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [Sempre que necessário] [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Analisar com o cliente a relação entre a estimulação e a recuperação da sensibilidade [Uma vez por dia] [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da autogestão da sensibilidade [Uma vez por turno] [FIM] 30-10-2024 12:00

30-10-2024 12:00 - Adota comportamentos de autogestão da sensibilidade.

30-10-2024 12:00 - Refere satisfação com a autogestão da sensibilidade.

Deglutição

24-10-2024 09:00

24-10-2024 09:00 - Com indícios de compromisso da deglutição.

24-10-2024 09:00 - Deglutição comprometida [RESOLVIDO] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Tempo de deglutição para líquidos superior a 2 segundos, Alteração da voz após a deglutição.

24-10-2024 09:00 - Determinar evolução da deglutição [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da deglutição [Uma vez por turno] [FIM]

30-10-2024 12:00

30-10-2024 12:00 - Sem indícios de compromisso da deglutição [MELHOROU].

24-10-2024 09:00 - Referenciar deglutição comprometida ao médico [Agora] [FIM]

30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Prevenir aspiração [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Planear dieta [Sempre que necessário] [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Posicionar durante a refeição para facilitar a deglutição [Sempre que necessário] [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Posicionar para prevenir a aspiração [Sempre que necessário]
[FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Promover autogestão: deglutição [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Conhecimento sobre adequação da dieta para facilitar a deglutição: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:00 - Consciencialização da relação entre o treino e a promoção da deglutição: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:00 - Capacidade para deglutir: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:00 - Autoeficácia para deglutir: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:00 - Significado atribuído ao treino da deglutição: não dificultador.

24-10-2024 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre

adequação da dieta para facilitar a deglutição [RESOLVIDO] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre adequação da dieta para facilitar a deglutição [Uma vez por turno] [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Ensinar sobre dieta para facilitar a deglutição [Uma vez turno da manhã/uma vez turno da tarde] [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o treino e a promoção da deglutição [RESOLVIDO] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o treino e a promoção da deglutição [Uma vez por turno] [FIM] 30-10-2024 12:00

30-10-2024 12:00 - Consciencialização da relação entre o treino e a promoção da deglutição: facilitadora [MELHOROU].

24-10-2024 09:00 - Analisar com o cliente a relação entre o treino e a promoção da deglutição [Uma vez por dia] [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Potencial para melhorar capacidade para deglutir [RESOLVIDO] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da capacidade para deglutir [Uma vez por turno] [FIM] 30-10-2024 12:00

30-10-2024 12:00 - Capacidade para deglutir: facilitadora [MELHOROU].

24-10-2024 09:00 - Instruir técnica de deglutição [Principais refeições] [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Treinar técnica de deglutição [Principais refeições] [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para deglutir [RESOLVIDO] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para deglutir [Uma vez por turno] [FIM] 30-10-2024 12:00

30-10-2024 12:00 - Autoeficácia para deglutir: facilitadora [MELHOROU].

24-10-2024 09:00 - Treinar técnica de deglutição [Principais refeições] [FIM]

30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados [Uma vez por dia] [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Elogiar o desempenho do cliente [Sempre que necessário] [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da autogestão da deglutição [Uma vez por turno] [FIM] 30-10-2024 12:00

30-10-2024 12:00 - Adota comportamentos de autogestão da deglutição.

30-10-2024 12:00 - Refere satisfação com a autogestão da deglutição.

24-10-2024 09:00 - Promover autogestão: prevenção da aspiração [FIM]

30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Conhecimento sobre prevenção de aspiração: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e a deglutição: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:00 - Significado atribuído à adequação da dieta: perda de prazer.

24-10-2024 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de aspiração [RESOLVIDO] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de aspiração [Uma vez por turno] [FIM] 30-10-2024 12:00

30-10-2024 12:00 - Conhecimento sobre prevenção de aspiração: facilitador [MELHOROU].

24-10-2024 09:00 - Ensinar sobre posicionamento facilitador da deglutição [Principais refeições] [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Ensinar sobre prevenção da aspiração [Principais refeições] [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e a deglutição [RESOLVIDO] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a dieta e a deglutição [Uma vez por turno] [FIM] 30-10-2024 12:00

30-10-2024 12:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e a deglutição: facilitadora [MELHOROU].

24-10-2024 09:00 - Contratar com cliente experiência indutora da consciencialização [Sempre que necessário] [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Analisar com o cliente a relação entre a dieta e a deglutição [Uma vez por dia] [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Potencial para melhorar significado atribuído à adequação da dieta [RESOLVIDO] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução do significado atribuído à adequação da dieta [Uma vez por turno] [FIM] 30-10-2024 12:00

30-10-2024 12:00 - Significado atribuído à adequação da dieta: não dificultador [MELHOROU].

24-10-2024 09:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador
[Sempre que necessário] [FIM] 30-10-2024 12:00
24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção da aspiração [Uma
vez por turno] [FIM] 30-10-2024 12:00
30-10-2024 12:00 - Adota comportamentos de prevenção de aspiração.
30-10-2024 12:00 - Refere satisfação com os comportamentos de prevenção
de aspiração.

Erguer-se

24-10-2024 09:00

24-10-2024 09:00 - Capaz de mobilizar o corpo para a posição vertical
24-10-2024 09:00 - Levanta o corpo para a posição de pé com insegurança.

24-10-2024 09:00 - Erguer-se comprometido [RESOLVIDO] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Determinar evolução do erguer-se [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução do erguer-se [Uma vez por turno] [FIM]
30-10-2024 12:00

30-10-2024 12:00 - Capaz de mobilizar o corpo para a posição vertical

30-10-2024 12:00 - Levanta o corpo para a posição de pé em segurança.

24-10-2024 09:00 - Assegurar atividades de erguer-se [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Assistir no erguer-se [Sempre que necessário] [FIM]
30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Prevenir queda [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [Sempre] [FIM]
30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Promover autonomia para erguer-se [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Consciencialização sobre compromisso no erguer-se:
facilitadora.

24-10-2024 09:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a
autonomia para erguer-se

24-10-2024 09:00 - facilitadora.

24-10-2024 09:00 - Capacidade para erguer-se

24-10-2024 09:00 - facilitadora.

24-10-2024 09:00 - Autoeficácia para erguer-se

24-10-2024 09:00 - facilitadora.

24-10-2024 09:00 - Significado atribuído ao uso de dispositivo para erguer-se

24-10-2024 09:00 - não dificultador.

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da autonomia para erguer-se [Uma vez por
turno] [FIM] 30-10-2024 12:00

30-10-2024 12:00 - Refere satisfação com a autonomia para erguer-se.

24-10-2024 09:00 - Promover autogestão: prevenção de quedas [FIM]

30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: necessita ser
melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**24-10-2024 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre
prevenção de queda** [RESOLVIDO] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de queda [Uma vez por turno] [FIM] 30-10-2024 12:00
24-10-2024 09:00 - Ensinar sobre prevenção de quedas [Uma vez turno da manhã/uma vez turno da tarde] [FIM] 30-10-2024 12:00
24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de quedas [Uma vez por turno] [FIM] 30-10-2024 12:00

Transferir-se

24-10-2024 09:00

24-10-2024 09:00 - Capaz de mobilizar o corpo entre superfícies próximas
24-10-2024 09:00 - mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma insegura e lentificada.

24-10-2024 09:00 - Transferir-se comprometido [RESOLVIDO] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Determinar evolução do transferir-se [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução do transferir-se [Uma vez por turno] [FIM]
30-10-2024 12:00

30-10-2024 12:00 - Capaz de mobilizar o corpo entre superfícies próximas
30-10-2024 12:00 - mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma segura e pronta.

24-10-2024 09:00 - Prevenir queda [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [Sempre] [FIM]
30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Promover autonomia para transferir-se [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Consciencialização sobre compromisso no transferir-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:00 - Capacidade para transferir-se

24-10-2024 09:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:00 - Autoeficácia para transferir-se

24-10-2024 09:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no transferir-se [RESOLVIDO] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso no transferir-se [Uma vez por turno] [FIM] 30-10-2024 12:00

30-10-2024 12:00 - Consciencialização sobre compromisso no transferir-se: facilitadora [MELHOROU].

24-10-2024 09:00 - Assistir o cliente na autoavaliação do transferir-se [Sempre que necessário] [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Potencial para melhorar capacidade para transferir-se [RESOLVIDO] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da capacidade para transferir-se [Uma vez por turno] [FIM] 30-10-2024 12:00

30-10-2024 12:00 - Capacidade para transferir-se

30-10-2024 12:00 - facilitadora [MELHOROU].

24-10-2024 09:00 - Instruir a transferir-se [Uma vez turno da manhã/uma vez turno da tarde] [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Treinar a transferir-se [Uma vez turno da manhã/uma vez turno da tarde] [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para transferir-se [RESOLVIDO] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para transferir-se [Uma vez por turno] [FIM] 30-10-2024 12:00

30-10-2024 12:00 - Autoeficácia para transferir-se

30-10-2024 12:00 - facilitadora [MELHOROU].

24-10-2024 09:00 - Treinar a transferir-se [Uma vez turno da manhã/uma vez turno da tarde] [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados [Uma vez por dia] [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Elogiar o desempenho do cliente [Sempre que necessário] [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da autonomia para transferir-se [Uma vez por turno] [FIM] 30-10-2024 12:00

30-10-2024 12:00 - Refere satisfação com a autonomia para transferir-se.

24-10-2024 09:00 - Promover autogestão: prevenção de quedas [FIM]

30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda [RESOLVIDO] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de quedas [Uma vez por turno] [FIM] 30-10-2024 12:00

Sentar-se

24-10-2024 09:00

24-10-2024 09:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de deitado para a posição de sentado

24-10-2024 09:00 - Dispositivo: Trapézio - modifica de forma pronta e segura a posição do corpo.

24-10-2024 09:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de pé para a posição de sentado

24-10-2024 09:00 - baixa de forma pronta e segura a posição do corpo.

24-10-2024 09:00 - Determinar evolução do sentar-se

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução no sentar-se [Uma vez por turno]

30-10-2024 12:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de deitado para a posição de sentado

30-10-2024 12:00 - modifica de forma pronta e segura a posição do corpo.

30-10-2024 12:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de pé para a posição de sentado

30-10-2024 12:00 - baixa de forma pronta e segura a posição do corpo
[MANTEVE].

Cuidar da higiene pessoal

24-10-2024 09:00

24-10-2024 09:00 - Obtém objetos para o banho.

24-10-2024 09:00 - Abre a torneira.

24-10-2024 09:00 - Capaz de lavar e secar o corpo

24-10-2024 09:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - Lava e seca o corpo.

24-10-2024 09:00 - Capaz de lavar e secar parte do corpo

24-10-2024 09:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - Lava e seca parte do corpo.

24-10-2024 09:00 - Lava a cavidade oral.

24-10-2024 09:00 - Aplica produtos de higiene.

24-10-2024 09:00 - Capaz de pentear-se

24-10-2024 09:00 - Penteia-se.

24-10-2024 09:00 - Não se barbeia.

24-10-2024 09:00 - Capaz de cortar as unhas

24-10-2024 09:00 - Não corta as unhas.

24-10-2024 09:00 - Limpa-se após usar o sanitário.

24-10-2024 09:00 - Ajusta a roupa após usar o sanitário.

24-10-2024 09:00 - Cuidar da higiene pessoal comprometido

24-10-2024 09:00 - Assegurar atividades de higiene pessoal

24-10-2024 09:00 - Assistir no arranjar-se *[Sempre que necessário]*

24-10-2024 09:00 - Promover autonomia para cuidar da higiene pessoal

24-10-2024 09:00 - Consciencialização sobre compromisso no cuidar da higiene pessoal: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:00 - Capacidade para arranjar-se

24-10-2024 09:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da capacidade para arranjar-se *[Uma vez por turno]*

30-10-2024 12:00 - Capacidade para arranjar-se

30-10-2024 12:00 - facilitadora [MELHOROU].

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre o compromisso no cuidar da higiene pessoal *[Uma vez por turno]*

30-10-2024 12:00 - Consciencialização sobre compromisso no cuidar da higiene pessoal: facilitadora [MELHOROU].

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da autonomia para cuidar da higiene pessoal *[Uma vez por turno]*

30-10-2024 12:00 - Refere satisfação com a autonomia para cuidar da higiene pessoal.

Vestir-se ou despir-se

24-10-2024 09:00

24-10-2024 09:00 - Escolhe as roupas.

24-10-2024 09:00 - Retira roupa da gaveta ou armário.

24-10-2024 09:00 - Capaz de vestir-se

24-10-2024 09:00 - Veste a roupa da parte superior e não veste a roupa da parte inferior do corpo.

24-10-2024 09:00 - Capaz de abotoar-se

24-10-2024 09:00 - Abotoa.

24-10-2024 09:00 - Capaz de atar cordões

24-10-2024 09:00 - Não ata cordões.

24-10-2024 09:00 - Capaz de calçar meias

24-10-2024 09:00 - Não calça as meias.

24-10-2024 09:00 - Vestir-se ou despir-se comprometido [RESOLVIDO] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Determinar evolução do vestir-se ou despir-se [FIM]

30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - *Avaliar evolução do vestir-se ou despir-se [Uma vez por turno]*
[FIM] 30-10-2024 12:00

30-10-2024 12:00 - Escolhe as roupas [MANTEVE].

30-10-2024 12:00 - Retira roupa da gaveta ou armário [MANTEVE].

30-10-2024 12:00 - Capaz de vestir-se

30-10-2024 12:00 - Veste todas as peças de roupa [MELHOROU].

30-10-2024 12:00 - Capaz de abotoar-se

30-10-2024 12:00 - Abotoa [MANTEVE].

30-10-2024 12:00 - Capaz de atar cordões

30-10-2024 12:00 - Ata cordões [MELHOROU].

30-10-2024 12:00 - Capaz de calçar meias

30-10-2024 12:00 - Calça as meias [MELHOROU].

24-10-2024 09:00 - Assegurar atividades do vestir-se ou despir-se [FIM]

30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - *Assistir no vestir-se ou despir-se [Sempre que necessário]*
[FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Promover autonomia para vestir-se ou despir-se [FIM]

30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Consciencialização sobre compromisso no vestir-se ou despir-se: facilitadora.

24-10-2024 09:00 - Capacidade para vestir-se ou despir-se

24-10-2024 09:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:00 - Autoeficácia para vestir-se ou despir-se

24-10-2024 09:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:00 - *Avaliar evolução da capacidade para vestir-se ou despir-se*
[Uma vez por turno] [FIM] 30-10-2024 12:00

30-10-2024 12:00 - Capacidade para vestir-se ou despir-se

30-10-2024 12:00 - facilitadora [MELHOROU].

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para vestir-se ou despir-se
[Uma vez por turno] [FIM] 30-10-2024 12:00

30-10-2024 12:00 - Autoeficácia para vestir-se ou despir-se

30-10-2024 12:00 - facilitadora [MELHOROU].

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da autonomia para vestir-se ou despir-se
[Uma vez por turno] [FIM] 30-10-2024 12:00

30-10-2024 12:00 - Refere satisfação com a autonomia para vestir-se/despir-se.

Andar

24-10-2024 09:00

24-10-2024 09:00 - Capaz de mover-se através da marcha

24-10-2024 09:00 - marcha lenta e insegura em pequenas distâncias planas.

24-10-2024 09:00 - Andar comprometido [RESOLVIDO] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Determinar evolução do andar [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução do andar [Uma vez por turno] [FIM]

30-10-2024 12:00

30-10-2024 12:00 - Capaz de mover-se através da marcha

30-10-2024 12:00 - marcha sem limitações [MELHOROU].

24-10-2024 09:00 - Prevenir queda [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Assistir no andar [Sempre que necessário] [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Adequar o vestuário para prevenir queda [Sempre que necessário] [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [Sempre] [FIM]

30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Promover autonomia para andar [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Consciencialização sobre compromisso no andar: facilitadora.

24-10-2024 09:00 - Capacidade para andar

24-10-2024 09:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:00 - Autoeficácia para andar

24-10-2024 09:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:00 - Significado atribuído ao uso de auxiliar de marcha

24-10-2024 09:00 - não dificultador.

24-10-2024 09:00 - Potencial para melhorar capacidade para andar

[RESOLVIDO] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para andar

[RESOLVIDO] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da autonomia para andar [Uma vez por turno] [FIM] 30-10-2024 12:00

30-10-2024 12:00 - Refere satisfação com a autonomia para andar.

24-10-2024 09:00 - Promover autogestão: prevenção de quedas [FIM]

30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda [RESOLVIDO] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de queda [Uma vez por turno] [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Ensinar sobre prevenção de quedas [Uma vez turno da manhã/uma vez turno da tarde] [FIM] 30-10-2024 12:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de quedas [Uma vez por turno] [FIM] 30-10-2024 12:00

Alimentar-se

24-10-2024 09:00

24-10-2024 09:00 - Capaz de levar os alimentos à boca/sonda de alimentação

24-10-2024 09:00 - Dispositivo: Copo adaptado - Leva os alimentos à boca / sonda de alimentação.

24-10-2024 09:00 - Capaz de preparar os alimentos para a refeição

24-10-2024 09:00 - Prepara os alimentos para a refeição.

24-10-2024 09:00 - Capaz de organizar os alimentos para a refeição

24-10-2024 09:00 - Organiza os alimentos para a refeição.

3.7. Especificação das intervenções

Assistir no andar

- Assistir pelo lado afetado.
- Promover correto apoio do pé com transmissão do peso pelo calcanhar.
- Manter os pés paralelos.

Avaliar evolução do equilíbrio estático

- Teste de Tinetti: pontuação relativa ao equilíbrio estático - 7 pontos
- Levantar-se: Capaz, mas utiliza os braços para ajudar.
- Equilíbrio Sentado: Estável
- Equilíbrio imediato: Instável, marcadas oscilações do tronco.
- Equilíbrio em pé com os pés paralelos: Estável com base de sustentação alargada.
- Pequenos desequilíbrios na mesma posição: Vacilante.
- Fechar os olhos na mesma posição: Instável.
- Volta de 360º (duas vezes): Estável mas dá passos descontínuos.
- Apoio unipodal (aguenta 5" de forma estável): Aguenta 5" de forma estável.
- Sentar-se: Usa os braços.

Avaliar evolução do equilíbrio dinâmico

- Teste de Tinetti: pontuação relativa ao equilíbrio dinâmico - 6 pontos
- Início da marcha: Hesitação.

- Largura do passo (pé direito): Eleva-se completamente do solo.
- Altura do passo (pé direito): Ultrapassa o pé em apoio.
- Largura do passo (pé esquerdo): Eleva-se completamente do solo.
- Altura do passo (pé esquerdo): Ultrapassa o pé em apoio.
- Simetria do passo: Comprimento do passo aparentemente assimétrico.
- Continuidade do passo: passos contínuos.
- Percurso de 3 metros (préviamente marcado): Desvia-se da linha marcada.
- Estabilidade do tronco: afasta os braços do troco enquanto caminha.
- Base de sustentação durante a marcha: Calcanhares muito afastados.

Avaliar evolução da sensibilidade

- Membro Superior Direito: Sensibilidade tátil e térmica presentes.
- Membro Inferior Direito: Sensibilidade tátil e térmica presentes.

Avaliar evolução do andar

- Andar comprometido pelo défice de equilíbrio.

Avaliar evolução do transferir-se

- Transferir-se comprometido pelo défice de equilíbrio.

Avaliar evolução do erguer-se

- Erguer-se comprometido pelo défice de equilíbrio.

Assistir no erguer-se

- Assistir pelo lado afetado.
- Gerir ambiente físico.
- Proporcionar acesso a dispositivos auxiliares (comando da cama, estribo)

Executar técnica de treino do equilíbrio estático

- Sentado na cadeira, efetuar exercícios de mobilização da articulação glenoumeral (flexão, extensão, abdução, adução) de um membro suspenso, 2 séries de 10 repetições.
- Em pé por-se em pontas de pés sem apoio, 2 séries de 10 repetições.
- Em pé, apoiado sobre um pé, efetuar movimentos com a perna que fica suspensa (flexão, hiperextensão, abdução e adução da articulação coxofemoral), 2 séries de 10 repetições.
- Em pé, efetuar flexão de um joelho até 90º, alternar os joelhos, 2 séries de 10 repetições.
- Sentado na cadeira, efetuar exercícios de mobilização da cabeça (flexão, rotação, lateralização e extensão), 2 séries de 10 repetições.
- Em pé, e sem apoio e de forma estática, permanecer 20 segundos de olhos abertos e depois 20 segundos de olhos fechados, 1 série de 5 repetições.
- Em pé, por-se sobre os calcanhares, 2 séries de 10 repetições.
- Segurar uma bola com as mãos e elevar os membros superiores sobre a cabeça, 2 séries de 10 repetições.
- Pôr-se em pontas de pés com apoio na grade da cama, 2 séries de 10 repetições.
- Sentado na cadeira, efetuar flexão/extensão/abdução/adução da articulação coxofemoral e flexão e extensão do joelho de um membro inferior, 2 séries de 10 repetições.
- Em pé, provocar a oscilação latero-lateral do tronco, 2 séries de 10 repetições.

- Em pé, provocar a oscilação antero-posterior do tronco, 2 séries de 10 repetições.
- Em pé, efetuar exercícios muscularto-articulares dos membros superiores e inferiores (extensão, flexão, adução, abdução), 2 séries de 10 repetições.
- Em pé, efetuar exercícios de mobilização da cabeça (flexão, rotação, lateralização e extensão), 2 séries de 10 repetições.
- Sentado na cadeira, de olhos fechados, efetuar exercícios de dedo-nariz com cada mão, 2 séries de 10 repetições.
- Sentado na cadeira, atirar uma bola com uma mão ou para as duas mãos e rececionar a bola lançada com uma mão ou ambas as mãos, 2 séries de 10 repetições.
- Em pé, colocar as mãos ao longo do corpo, elevar uma perna e cruzar à altura do joelho, fazendo o "quatro" com as pernas, 2 séries de 10 repetições.
- Utilização de espelho quadriculado. Permite que a pessoa visualize sua postura e alinhamento corporal, ajudando a corrigir eventuais desequilíbrios. As marcações no espelho facilitam a percepção espacial e a simetria dos movimentos, tornando o treino mais eficaz

Executar técnica de treino do equilíbrio dinâmico

- Subir e descer o degrau de frente, de costas e de lado, 2 séries de 10 repetições.
- Ficar em pé sobre a bola bosu e/ou fazer oscilações laterais, 1 série de 10 repetições.
- Levantar-se e sentar-se na cadeira com apoio dos membros superiores, 2 séries de 10 repetições.
- Levantar-se e sentar-se na cadeira sem apoio dos membros superiores (braços cruzados ou ao peito), 2 séries de 10 repetições.
- Levantar um braço acima do nível da cabeça e fazer a flexão da articulação coxofemoral até 90º do membro ipsilateral, 2 séries de 10 repetições.
- Sentar-se na cama (o colchão é uma superfície mais instável), efetuar exercícios de mobilização da cabeça (flexão, rotação, lateralização e extensão), 2 séries de 10 repetições.
- Levantar-se e sentar-se sem apoio na cama (o colchão é uma superfície mais instável), 2 séries de 10 repetições.
- Sentar-se na cadeira, provocar oscilação antero-posterior do tronco, 2 séries de 10 repetições.
- Sentar-se na cadeira, provocar oscilação latero-lateral do tronco, 2 séries de 10 repetições.
- Andar e fletir a anca até 90º a cada passo dado, 2 séries de 10 repetições.
- Andar com bola nas mãos ou presa entre as mãos, 2 séries.
- Pista de obstáculos no chão para contornar e saltar/passar por cima.
- Segurar a bola com uma mão com o membro superior em extensão e efetuar passos laterais.
- Andar em pontas dos pés.
- Andar lateralmente, 2 séries.
- Em pé, atirar uma bola com uma mão ou ambas as mãos e rececionar a bola lançada com uma mão ou ambas as mãos, 2 séries de 10 repetições.
- Efetuar mudanças de direção da marcha quando solicitado, 2 séries.

- subir e descer o step de frente, de costas e de lado.
- Andar sobre uma linha reta, efetuando passadas em ziguezague.
- Andar para trás.
- Utilização de espelho quadriculado. Permite que a pessoa visualize sua postura e alinhamento corporal, ajudando a corrigir eventuais desequilíbrios. As marcações no espelho facilitam a percepção espacial e a simetria dos movimentos, tornando o treino mais eficaz.

Avaliar evolução do vestir-se ou despir-se

- Vestir-se comprometido pelo défice de equilíbrio.

Assistir no vestir-se ou despir-se

- Assistir pelo lado afetado.
- O compromisso do equilíbrio compromete a segurança no vestir e despir. Insentivar a pessoa a executar este autocuidado sentado.

Avaliar evolução da deglutição

- Escala de Guss (14)
- Pontua 3 pontos no teste indireto: Alerta durante pelo menos 15 minutos; Tosse e Pigarreia voluntariamente; Deglute saliva com sucesso.
- Pontua 11 pontos no teste direto: Deglutição demorada (> 2" para todas as consistências); Sem tosse involuntária; Sem Sialorreia; Alteração da voz para líquidos.

Planear dieta

- Instituir dieta Pastosa e líquidos espessados a nectar.

Posicionar durante a refeição para facilitar a deglutição

- Posicionar de modo a proporcionar estabilidade postural.
- Preferencialmente sentar em cadeira com pés bem apoiados e região lombar apoiada nas costas da cadeira.
- Se no leito, elevar cabeceira entre 60 a 80 graus.

Posicionar para prevenir a aspiração

- Posicionar de modo a proporcionar estabilidade postural.
- Preferencialmente sentar em cadeira com pés bem apoiados e região lombar apoiada nas costas da cadeira.
- Se no leito, elevar cabeceira entre 60 a 80 graus.
- Reajustar posição sempre que necessário.

Referenciar deglutição comprometida ao médico

- Comunicado ao médico o resultado da aplicação da escala de GUSS.

Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-resistido

- Fortalecimento muscular do bíceps: Sentado, flexão do antebraço contra resistência na fase expiratória e extensão na fase inspiratória, 5 a 10 repetições (a resistência pode ser provocada pelo EEER ou com uso de alímbres).
- Fortalecimento muscular do tríceps: Deitado ou sentado, extensão do antebraço contra

resistência na fase expiratória e flexão na fase inspiratória, 5 a 10 repetições (a resistência pode ser provocada pelo EEER ou com uso de alteres)

- Fortalecimento muscular dos ombros: Sentado, abdução dos braços contra resistência na fase expiratória e adução na fase inspiratória, 5 a 10 repetições com alteres
- Fortalecimento muscular dos peitorais: Deitado, abdução na fase inspiratória e adução na fase expiratória; supino sentado, abdução na fase inspiratória e adução na fase expiratória, 5 a 10 repetições com alteres
- Fortalecimento muscular do quadríceps: Levantar e sentar da cadeira, levantar na fase expiratória e sentar na fase expiratória. 5 a 10 repetições.
- Fortalecimento muscular do Bicipites femoral: Deitado em decúbito ventral, flexão do joelho na fase expiratória e extensão na fase inspiratória (resistência aplicada pelo EEER), 5 a 10 repetições.
- Fortalecimento muscular do gástrócénio: em pé, extensão da tibiotársica com elevação dos calcanhares na fase expiratória e flexão na fase inspiratória, mantendo joelhos em extensão e troco verticalizado, 5 a 10 repetições

Executar estimulação da sensibilidade tátil

- Realizar massagem.
- Exposição a diferentes texturas.
- Executar técnica de contraste de temperaturas (utilizar gelo).

Adequar o vestuário para prevenir queda

- Usar roupas confortáveis, que não sejam largas nem muito compridas, para evitar arrastar no chão.
- Evitar usar meias sem sapatos, ou usar meias antiderrapantes.
- Evitar utilizar chinelos largos.
- Optar por sapatos confortáveis, idealmente sem atacadores, com velcro ou de fácil calçar, e com sola rígida e antiderrapante.

Gerir o ambiente físico para prevenir queda

- Proporcionar cadeira estável para a pessoa se vestir, cuidar da higiene pessoal e arranjar-se.
- Certificar-se que o chão está seco ou sinalizado se molhado.
- Remover obstáculos.
- Manter cama e cadeirão travados.
- Manter grades da cama elevadas quando o doente estiver no leito.
- Optar por sapatos confortáveis, idealmente sem atacadores, com velcro ou de fácil calçar, e com sola rígida e antiderrapante.
- Proporcionar cadeira sanitária para o banho e uso de sanitários.
- Utilizar tapetes antiderrapantes na base do duche.

Assistir no treino do equilíbrio

- Ensinar, instruir e treinar exercícios para o treino de equilíbrio.
- Incentivar e assistir a pessoa na execução dos exercícios.

Avaliar evolução da força - contração muscular

- Ombro Direito: Flexão: movimento ativo contra a gravidade e não contra a resistência; Extensão: movimento ativo contra a gravidade e não contra a resistência; Abdução: movimento ativo contra a gravidade e não contra a resistência; Adução: movimento ativo contra a gravidade e não contra a resistência; Rotação Externa movimento ativo contra a gravidade e não contra a resistência; Rotação Interna: movimento ativo contra a gravidade e não contra a resistência.
- Cotovelo Direito: Flexão: movimento ativo contra a gravidade e não contra a resistência; Extensão: movimento ativo contra a gravidade e não contra a resistência; Pronação: movimento ativo contra a gravidade e não contra a resistência; Supinação: movimento ativo contra a gravidade e não contra a resistência.
- Punho Direito: Flexão: movimento ativo contra a gravidade e não contra a resistência; Extensão: movimento ativo contra a gravidade e não contra a resistência; Desvio radial: movimento ativo contra a gravidade e não contra a resistência; Desvio Cubital: movimento ativo contra a gravidade e não contra a resistência.
- Dedos da Mão Direita: Flexão: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência; Extensão: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência; Abdução: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência; Adução: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

Avaliar evolução da adesão aos exercícios músculo-articulares

- Conhecimento sobre exercícios músculo-articulares é facilitador.

Avaliar evolução da autogestão: prevenção de quedas

- Na segunda sessão.

Avaliar evolução da adesão ao treino do equilíbrio dinâmico

- Na segunda sessão.

Avaliar evolução da adesão ao treino do equilíbrio estático

- Na segunda sessão.

Avaliar evolução da autogestão: prevenção da aspiração

- Capacitado para as estratégias para prevenção da aspiração.

Avaliar evolução da autogestão da sensibilidade

- Na segunda sessão.

Avaliar evolução de sinais de dor

- Avaliação através da escala numérica da dor. Dor 0.

Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência

- Consciente

Avaliar evolução da autogestão da deglutição

- capacitado para a autogestão.
- Conhecimento acerca da disfagia.
- Conhecimento sobre consistências dos alimentos.

- Conhecimento sobre a limpeza da via aérea.
- Conhecimento sobre o correto posicionamento durante as refeições.

Avaliar evolução da autonomia para erguer-se

- Na segunda sessão.

Avaliar evolução da autonomia para transferir-se

- Na segunda sessão.

Avaliar evolução da autonomia para vestir-se ou despir-se

- Na segunda sessão.

Avaliar evolução da autonomia para andar

- Na segunda sessão.

3.8. Síntese relativa ao caso

O processo de conceção de cuidados, à pessoa após AVC, sobre a qual recai a análise vertida neste trabalho foi sustentado na sistematização da identificação dos dados considerados relevantes à tomada de decisão. Sem estes dados não seria possível, de uma forma rigorosa, identificar diagnósticos, definir objetivos, planear e implementar intervenções e, por fim, avaliar os resultados obtidos.

Desde o primeiro contato com o caso, a preocupação foi a recolha seletiva de dados, realizada através da anamnese, da consulta dos MCDT realizados, bem como da informação recolhida no contato com a equipa interdisciplinar. No entanto, a recolha destes dados não seria passível de ser utilizada na conceção de um programa de reabilitação sem a confirmação de alguns deles através da utilização de instrumentos de apoio à tomada de decisão, tais como: a escala de equilíbrio de Berg, o índice de Tinetti, o teste Timed up and go, a escala de Borg modificada, a MRC, escala GUSS.

Ao tempo da primeira avaliação, os domínios de enfermagem relacionados com o compromisso apresentado pela pessoa estavam centrados nos processos corporais (como o equilíbrio estático e dinâmico, a deglutição, força muscular, vestir-se ou despir-se). Não havia compromisso nos processos intencionais, e para os processos adaptativos como a aquisição de conhecimentos e capacidades e a autoeficácia, a pessoa possuía condições e conhecimento facilitadoras para a implementação do processo de reabilitação.

Tendo em atenção a condição da pessoa e as condições descritas anteriormente foram implementadas intervenções de ER Individualizadas com o intuito de reeducar as funções afetadas pelo AVC com vista à reacquirição da autonomia.

Também o processo de transição saúde/doença que a pessoa vivenciava não foi descurado. O referencial teórico de Afaf Meleis, orientou a nossa atuação relativa ao posicionamento adotado pela pessoa face à sua nova condição de saúde.

A consciencialização da pessoa relativamente ao processo de transição que vivia estava presente. Sendo que desde cedo se mostrou empenhadamente envolvido no processo de Reabilitação, com uma atitude de participação e envolvimento. A sua experiência enquanto atleta foi um fator facilitador na apreensão da necessidade de envolvimento no processo de Reabilitação, tal como ou é no processo de treino da modalidade desportiva que pratica.

Acreditando sempre na possibilidade de uma recuperação plena a confiança no EEER, na restante equipa interdisciplinar de saúde e nas instituições de saúde foi plena. Traduzindo, a motivação o envolvimento e a confiança no cumprimento do plano de Reabilitação, promoveu uma colaboração plena com o EEER para atingir a máxima capacitação, funcionalidade e autonomia.

No primeiro contato com a pessoa observam-se compromissos ao nível das sensações somáticas (NHISS =3) cuja avaliação parte da dismetria dos membros superior e inferior direitos, através dos testes “calcanhar Joelho e dedo-nariz”, da força muscular dos membros superior (MRC=4) e inferior (MRC=4) direitos, compromisso do equilíbrio estático e dinâmico (Tinetti=13) e compromisso da deglutição (GUSS=4).

Cumpridas cinco sessões de reabilitação, a pessoa demonstrou, em todas elas, um grande envolvimento, volição e empenho no cumprimento do plano de reabilitação delineado. Apresentou melhorias assinaláveis em todos os compromissos descritos anteriormente, ao nível das sensações somáticas (NHISS = 0), da força muscular dos membros superior (MRC=5) e inferior (MRC=5) direitos, compromisso do equilíbrio estático e dinâmico (Tinetti=28) e compromisso da deglutição (GUSS=20).

Pese embora o processo de transição ainda não estivesse concluído, quando a pessoa integra as aprendizagens transmitidas e consegue evoluir para a mestria de uma forma consistente, será lícito concluir que este processo continuará com evolução favorável. Será capaz pois de continuar a evoluir favoravelmente na melhoria da sua condição e funcionalidade até atingir uma qualidade de vida similar a que tinha previamente ao AVC.

4. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Competência na saúde envolve a capacidade de combinar habilidades interpessoais, conhecimentos técnicos e atitudes éticas para tomar decisões clínicas seguras e efetivas (Epstein & Hundert, 2002).

Competência refere-se à habilidade ou capacidade específica de um indivíduo em executar uma tarefa; já competências abarcam um conjunto integrado de conhecimentos, habilidades e atitudes que permitem a atuação eficaz em um contexto mais amplo (Perrenoud, 1999).

Como fica patente nas citações anteriores o conceito de competências é um conceito abrangente e multifacetado. O EEER, profissional que pode desenvolver a sua atividade em contextos variados, para desempenhá-la com mestria, deverá reconhecer e apropriar-se do conceito de competências.

Este conceito de competências, mais abrangente, é definido no âmbito do Comité Consultivo para a Formação no Domínio dos Cuidados de Enfermagem como sendo características individuais (conhecimentos, aptidões e atitudes) que permitem o exercício profissional autónomo e possibilitam o aperfeiçoamento contínuo da prática e a adaptação a um ambiente em constante transformação (Santo, 1999). A competência reúne em si mesma três saberes: o saber saber, o saber fazer, e o saber ser (Le Boterf, 2022).

No contexto da Enfermagem a diversidade dos domínios de atuação e níveis de intervenção implicou a regulamentação das competências dos seus profissionais. Os perfis de competências visam promover um enquadramento regulador na certificação de competências e permitir a diferenciação entre os níveis de cuidados de enfermagem prestados, sejam eles realizados por enfermeiros generalistas ou enfermeiros especialistas. Neste âmbito, o EEER detém um conjunto de conhecimentos e habilidades que pode mobilizar de forma autónoma, em todas as fases da vida da pessoa e nos diferentes níveis de prevenção (Regulamento 392/2019).

O EEER tem como responsabilidade e foco de intervenção a promoção da saúde e a prevenção da doença, adotando práticas que previnam complicações secundárias e que respeitem o direito à dignidade, à qualidade de vida e à promoção da autonomia do doente. Para isso, concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas (OE, 2019).

Vaughn et al. (2016) referem, no seu modelo de competências, que o EEER é o profissional de saúde que cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo de todo o ciclo vital, nos diferentes contextos da prática de cuidados, com competências para capacitar a pessoa com

deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção na sociedade, maximizando a funcionalidade e as capacidades da pessoa. O seu objetivo é promover a saúde, prevenir complicações, melhorar a função, facilitar a adaptação, capacitar a pessoa para a reinserção e o exercício da cidadania, e garantir a qualidade de vida (OE, 2019).

Os domínios de atuação do EE, independentemente da sua atividade, são comuns, demonstrados na capacidade de conceção, gestão, supervisão de cuidados, formação, investigação e assessoria. Estes domínios são: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº140/2019).

No que diz respeito a responsabilidade profissional, ética e legal, a prática do EE é sustentada em princípios éticos e deontológicos, balizados por um enquadramento jurídico que assegura segurança e profissionalismo. O EE avalia de forma sistemática as melhores práticas a aplicar, tendo em conta a preferência da pessoa alvo da sua atuação. Em parceria com esta, desenvolve estratégias para resolução dos problemas, colabora no processo de tomada de decisão em equipa e lidera processos éticos complexos na sua área de especialidade, atuando como consultor. Dirige processos de tomada de decisão, avalia e partilha resultados, fomentando o desenvolvimento de uma prática especializada de enfermagem (Regulamento nº140/2019).

Em 10 de dezembro 1948, a Organização das Nações Unidas adotou em Assembleia Geral a Declaração Universal dos Direitos Humanos. No seu artigo 1º, essa declaração, refere que: “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade.” (ONU., 1948 p.2). O espírito deste artigo está bem presente no Regulamento das Competências Comuns do EE. O EE vem mencionado como promotor da proteção dos direitos humanos, do respeito pelo direito da pessoa à privacidade, à confidencialidade, ao acesso e à segurança da informação escrita e oral, à escolha e à autodeterminação. Salvaguarda ainda, o respeito pelos valores, costumes, crenças e práticas das pessoas e/ou grupos, reconhecendo e aceitando os seus direitos, e garante um processo efetivo de cuidados mesmo quando confrontado com valores diferentes dos seus (Regulamento nº 140/2019).

No desenrolar do estágio, nos vários contextos, o estudo contínuo foi uma constante para incorporar, na sua prestação de cuidados, o melhor conhecimento e evidência científica disponível. Avaliou de forma sistemática o seu desempenho, enquanto estudante, para o desenvolvimento de uma prática especializada reflexiva. A pessoa teve sempre um papel ativo no desenvolvimento do plano de reabilitação delineado, sendo reconhecida como responsável pela manutenção e melhoria do seu estado de saúde. A prestação de cuidados especializados foi sempre orientada pelo estabelecimento desta parceria, no sentido do garante de cuidados dimensionados às reais necessidades da pessoa, respeitando a sua individualidade e autonomia.

Desenvolver a gestão dos cuidados, identificando e prevenindo práticas que comprometam a

segurança, a dignidade e a privacidade da pessoa, é uma competência do EE. Esta atuação deve ser sustentada numa conduta preventiva e antecipatória, que permita implementar medidas e acompanhar incidentes de prática insegura, com o objetivo de os prevenir (Regulamento nº140/2019). O EE deve deter um olhar crítico para o meio que o envolve e onde desenvolve a sua prática especializada, identificando riscos e oportunidades para a melhoria contínua da qualidade, impulsionando iniciativas individuais, coletivas e institucionais na área da governação clínica, tendo em vista a diminuição do risco e a melhoria da qualidade dos cuidados.

De acordo com o Regulamento nº 140 (2019), o EE colabora na realização de atividades e protocolos institucionais sobre a qualidade, lidera programas de melhoria, elabora guias orientadores de boas práticas suportadas na melhor evidência científica, define indicadores e aplica instrumentos adequados à avaliação das práticas, integrando auditorias.

Em todos os contextos da prática clínica, nos limites da sua atuação enquanto estudante, manifestou a preocupação, empenho e disponibilidade para contribuir para o desenvolvimento e implementação de práticas de qualidade. Este compromisso incluiu a manutenção de um ambiente clínico seguro, de forma a garantir também uma prática segura para si, para a restante equipa interdisciplinar, e principalmente para a pessoa alvo dos cuidados.

A gestão foi também um foco importante de atenção durante o desenrolar do ensino clínico. A possibilidade de acompanhar outros EE com funções delegadas de gestão, ou que, em virtude do contexto em que desenvolviam a sua atividade, assumiam grande responsabilidade na gestão e coordenação de equipas, na ligação da equipa interdisciplinar e na gestão de recursos físicos e técnicos foi fundamental para a compreensão da importância do papel do EE neste campo.

A gestão em saúde requer liderança visionária, planeamento estratégico e a capacidade de integrar recursos, pessoas e tecnologias para melhorar os resultados em saúde (Mintzberg, 1997). A gestão de recursos humanos em saúde envolve o planeamento, desenvolvimento e administração de profissionais de saúde, visando atender às necessidades da população com qualidade e eficiência (OMS, 2006).

O EE identifica fatores que possam influenciar relações, gere idiossincrasias na equipa e reconhece os seus recursos e os seus limites. Otimiza respostas individuais e organizacionais, gere emoções, reconhecendo, antecipando e minimizando situações de conflito. Possui ainda, conhecimentos complementares de enfermagem e de outras disciplinas especializadas, utiliza tecnologias de informação e métodos de pesquisa, de forma a prestar cuidados seguros e competentes (Regulamento nº 140/2019).

As competências específicas do EEER, regulamentadas pelo Regulamento nº 392/2019, serão agora o objeto de reflexão.

A Organização Mundial da Saúde (2020) define reabilitação como um conjunto de intervenções projetadas para otimizar o funcionamento e reduzir a deficiência em indivíduos com condições de saúde em interação com seu ambiente. A reabilitação é uma intervenção interdisciplinar e integrada, que visa otimizar a funcionalidade e promover a autonomia das pessoas com condições de saúde que afetam a sua capacidade de realizar AVD. Esta abordagem é essencial para melhorar a qualidade de vida e reduzir o impacto das limitações funcionais (DGS, 2011).

As competências específicas do EEER são regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros, que define o perfil de competências especializadas, os critérios de avaliação e os requisitos para a certificação (OE, 2019). Estas competências específicas regulamentadas pela OE (2019) estão organizadas em três áreas principais:

- Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, que implica: identificar, diagnosticar, planejar, implementar e avaliar intervenções de EE, de acordo com as características e necessidades de cada pessoa, família e comunidade, tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação social;
- Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para reinserção e exercício da cidadania, que implica desenvolver estratégias e ações inclusivas, que visem a participação social e a cidadania da pessoa;
- Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa, utilizando técnicas específicas de Reabilitação, que permitam melhorar as funções motora, cardíaca e respiratória, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades.

Cuidar, enquanto paradigma em que assenta a atuação do enfermeiro, aliado à promoção da funcionalidade como uma finalidade, sustenta o reconhecimento da Reabilitação enquanto especialidade de Enfermagem. Esta especialidade distingue-se por influenciar de forma positiva a qualidade dos cuidados e promover a inclusão social (Gaspar et al., 2021).

Para exercer estas competências, o EEER deve ter uma formação especializada, que inclui conhecimentos teóricos e práticos sobre as bases científicas, éticas, legais, culturais e humanísticas da Reabilitação, bem como sobre as metodologias de investigação, gestão e liderança na área. O EEER deve também demonstrar competências de comunicação, relação interpessoal, trabalho em equipa, pensamento crítico, tomada de decisão, resolução de problemas, aprendizagem ao longo da vida e uso de tecnologias de informação e comunicação (OE, 2019).

Durante o estágio, a mobilização do suporte teórico previamente adquirido e a apropriação crítica do conhecimento prático observado, foi fundamental para consolidação das aprendizagens que, permitirá, doravante, iniciar uma prática autónoma segura.

A diversidade dos contextos permitiu responder positivamente e com segurança aos casos clínicos com os quais se deparou. As experiências vivenciadas consolidaram a aquisição de conhecimentos e de habilidades fundamentais para assumir o papel de EEER com segurança, bem como a capacidade para liderar programas de Reabilitação ancorados nas competências específicas desenvolvidas.

O EEER dedica-se ao cuidado de indivíduos com necessidades especiais ao longo de todo o ciclo de vida, abrangendo os mais variados contextos da prática clínica. Este profissional identifica as necessidades de intervenção especializada na área da EE, contemplando pessoas de todas as faixas etárias que enfrentam restrições na realização de autocuidado de forma independente, quer devido a condições de saúde, deficiência, limitações funcionais ou restrições de participação, de natureza permanente ou transitória. Desenvolve, implementa e avalia planos e programas especializados com o propósito de melhorar a qualidade de vida, a reintegração e a participação plena na sociedade (OE, 2019). A atuação do EEER visa promover a autonomia e a qualidade de vida, bem como assegurar a reintegração social através da identificação precoce das necessidades de cuidados. Esta prática distingue-se por uma abordagem centrada na pessoa, em que se valorizam as características individuais, promovendo a funcionalidade e a adaptação face à condição de saúde (OE, 2019).

- Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades

Centrado na avaliação da funcionalidade e no diagnóstico das alterações que resultam em incapacidades e influenciam as limitações na atividade e participação (OE, 2019), o percurso enquanto estudante, no processo de avaliação da funcionalidade da pessoa, ao nível motor, sensorial e cognitivo, socorreu-se de instrumentos de recolha de dados traduzidos e validados, proporcionando a documentação dos cuidados especializados e monitorização dos resultados (OE, 2016). Esta sistematização da avaliação permitiu a identificação de alteração ou risco de alteração da funcionalidade a nível respiratório, músculo-esquelético e neurológico, abrangendo todos os contextos de estágio. Esta análise detalhada favorece intervenções precoces, permitindo a prevenção e/ou atenuação das consequências funcionais geradoras de incapacidade ou deficiência. Apesar de a competência ter sido experienciada em diversos contextos, foi particularmente desenvolvida na unidade de AVC, onde as avaliações neurológicas foram realizadas de forma sistemática e periódica para identificar precocemente alterações num cenário agudo de doença.

A avaliação da capacidade funcional do indivíduo para realizar o autocuidado assume um papel crucial na prática clínica, já que permite compreender em que medida uma determinada alteração impacta as atividades quotidianas. É igualmente relevante identificar os fatores facilitadores e inibidores que condicionam o processo de adaptação à situação de saúde, possibilitando a personalização das estratégias de intervenção (OE, 2019). A avaliação dos

aspectos psicossociais que influenciam os processos de adaptação e transição saúde/doença revelou a importância de compreender, não apenas as limitações físicas, mas também as implicações emocionais e sociais associadas a cada condição de saúde. Esta competência foi desenvolvida em diferentes contextos, destacando-se a sua aplicação na Unidade de Convalescença e na Unidade de AVC com a sua ligação à Unidade de Neurologia adjacente, cujo objetivo primordial é capacitar o indivíduo, através de estratégias e/ou dispositivos de apoio, para realizar o autocuidado com o máximo grau de independência possível.

O uso estratégico das informações recolhidas foi fundamental para hierarquizar prioridades de saúde e conceber planos de cuidados individualizados, garantindo uma resposta ajustada às necessidades de cada caso, envolvendo a pessoa, família e cuidadores.

As abordagens a todos os intervenientes no acompanhamento da pessoa, no pós hospitalar, implica que sejam observadas as condições de acolhimento no domicílio, propondo alterações que não colidam com a realidade socioeconómica, que sejam exequíveis sem disrupção das dinâmicas familiares visando proporcionar um ambiente facilitador e o mais seguro possível aquando do regresso a casa. Também, a prescrição de produtos de apoio, criteriosamente selecionados tendo em conta a necessidade e capacidade da pessoa é fundamental para uma plena integração, sejam estes produtos de apoio, dispositivos de marcha, dispositivos adaptativos para o autocuidado (higiene pessoal, arranjar-se, vestir-se, alimentar-se, entre outras...).

- Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções ao nível motor, sensorial, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade

Focado na conceção de planos de intervenção que promovem as capacidades adaptativas do indivíduo para o autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade, foi concretizada através da discussão de práticas de risco com as pessoas. Foi assegurada uma comunicação adaptada ao interlocutor, propiciando uma compreensão mútua das alterações potenciais na funcionalidade. Nos diferentes contextos de estágio, foi possível delinear planos personalizados com o objetivo de minimizar os riscos de alterações funcionais, adotando uma abordagem proactiva para a prevenção de complicações (OE, 2019). Embora seja uma competência transversal, revelou-se particularmente relevante na Unidade de Cinesiterapia, com intervenções educativas e formativas, incluindo o treino de exercícios respiratórios para controlo ventilatório, otimização da *compliance*, promoção da limpeza da via aérea, capacitação para a utilização correta de inaladores e dispositivos de treino respiratório, contribuindo para a prevenção de exacerbações e complicações. Foram também ensinadas estratégias de gestão de energia durante atividades específicas.

Ao discutir as alterações funcionais com a pessoa ou cuidador, foram definidos objetivos e estratégias claras, orientadas para o autocontrolo nos processos de transição e autogestão da doença. A inclusão de familiares e cuidadores na planificação destacou-se especialmente no

contexto de UCC, que favorece o contacto direto com os cuidadores no domicílio, promovendo uma compreensão das necessidades e limitações reais (OE, 2019). Este plano de cuidados centrou-se nas especificidades individuais visando a otimização e reeducação das funções, considerando o ambiente circundante que influencia o indivíduo e a família enquanto sistema.

Incluir aspetos emocionais e sociais característicos do processo de transição foi uma área de especial importância na intervenção do EEER, dado o seu impacto no sucesso da transição (OE, 2019). Esta competência transversal foi destacada na Unidade de Convalescença.

- Avalia os resultados das intervenções implementadas

A implementação, *per si*, de programas de reabilitação não se encerra no processo de ensino/treino/aprendizagem, mas, complementa-se com a monitorização, avaliação, reformulação quando necessário, dos programas para garantir a adequação e a eficácia das intervenções com foco no estabelecimento de objetivos realistas e atingíveis. Desta forma, poder-se-á garantir e/ou melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Para esta avaliação, têm um inestimável contributo a utilização de indicadores sensíveis aos cuidados de EE, sem os quais seria impossível avaliar os reais ganhos em saúde.

- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

Neste ponto é imperativo que se distingam dois conceitos:

- o conceito de pessoa com necessidades especiais, que caracteriza a pessoa pelo tipo de exigência a que está sujeita. O conceito de necessidades especiais, segundo a OMS, está relacionado à Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). A CIF define deficiência como qualquer perda ou alteração de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, seja temporária ou permanente. Incapacidade é a restrição ou falta de capacidade para realizar atividades dentro dos limites considerados normais para um ser humano (OMS, 2001);

- conceito de pessoa com deficiência, que caracteriza a pessoa pela sua condição de saúde. Segundo a OMS, deficiência é definida como uma interação entre as condições de saúde de uma pessoa e os fatores ambientais que podem limitar sua participação plena na sociedade. Essa abordagem considera tanto os aspetos médicos quanto sociais, adotando o modelo biopsicossocial.

É da competência do EEER cuidar de pessoas com necessidades especiais em todas as fases do ciclo de vida e em todos os contextos da prática de cuidados. A pessoa que está impossibilitada de executar de forma independente e sem qualquer ajuda as atividades humanas básicas, ou tarefas em resultado da sua condição de saúde ou deficiência física, mental, cognitiva ou psicológica, permanente ou temporária (Regulamento nº 350/2015).

Também é da competência deste profissional cuidar de pessoas com necessidades especiais, em todas as fases do ciclo de vida e em todos os contextos da prática de cuidados, a pessoa com deficiência, por motivo de perda ou anomalia, congénita ou adquirida, de funções ou estruturas do corpo, incluindo as funções psicológicas, que apresente dificuldades específicas que conjugadas com os fatores do meio sejam suscetíveis de lhe limitar ou dificultar a atividade e a participação em condições de igualdade com as demais (Regulamento nº 350/2015).

Em parceria com a pessoa, o EEER intervém visando a persecução do projeto de saúde da mesma, no que respeita a prevenção dos riscos, de alteração de funcionalidade que provoca limitações de atividade ou incapacidade, bem como a readaptação e/ou reeducação sempre que essas alterações sejam verificadas (Regulamento nº 392/2019).

No decorrer do estágio, inserido nos diferentes contextos da prática clínica, esta competência foi desenvolvida por via da conceção e implementação intervenções específicas, como o treino de força muscular, da amplitude articular, do equilíbrio, da marcha, do autocuidado, com especial ênfase nas AVD. Foram, também, promovidos o treino de deglutição, o treino cardiorrespiratório, e foi realizada a prescrição de produtos de apoio, orientando sobre a forma mais adequada de as adquirir e utilizar. Importa ainda destacar, a adaptação das condições do domicílio, com vista à facilitação da independência para o autocuidado e para a melhoria das condições de segurança da pessoa.

- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

A funcionalidade é um conceito complexo e multidimensional que engloba todas as estruturas e funções do corpo, atividades e participação e resulta da interação dinâmica entre o estado de saúde e os fatores de contexto. Estes fatores, compreendem os fatores externos à pessoa que constituem o ambiente físico, social e atitudinal em que esta se insere e desenvolve, e os fatores pessoais intrínsecos à pessoa, como histórico particular e o estilo de vida, e características pessoais como a idade, o sexo, nível socioprofissional, cultural, económico, entre outros. Estes fatores podem constituir-se como dificultadores ou facilitadores, conforme assumam um papel de barreira, sejam geradores de incapacidade, limitem as atividades e restrinjam a participação ou, por outro lado, por via de políticas sociais positivas e de circunstâncias atitudinais inclusivas diluam e minimizem a experiência de incapacidade. Em vez de constituírem um estigma podem dar lugar a plena integração e participação social (OMS & DGS, 2004).

Assim, cabe ao EEER a conceção e implementação de programas de treino motor, cardíaco e respiratório, demonstrando conhecimentos alicerçados na melhor evidência científica. É importante que os programas e planos de Reabilitação considerem o recurso a tecnologias para maximizar o desempenho motor, cardíaco e respiratório, respeitando os objetivos individuais da pessoa e o seu projeto de saúde. Adicionalmente, o EEER deve desenvolver sessões de treino com vista à promoção da saúde, prevenção de lesões, Reabilitação, capacitação e autogestão

(Regulamento nº 392/2019).

O papel do EEER incide ainda na avaliação e recomposição dos programas de treino motor, cardíaco e respiratório com base em resultados esperados, estabelecidos de forma realista e objetiva, sendo, para isso, fundamental monitorizar a sua implementação, avaliar os resultados obtidos a cada momento e promover estratégias de prevenção do risco clínico, com vista a uma cultura de segurança em todos os contextos de atuação.

Os planos de reabilitação devem ser individualizados, específicos, personalizados e adaptados às condições e necessidades de cada pessoa, com objetivo no desenvolvimento e aperfeiçoamento das suas capacidades. Deve tratar-se de um contrato com a pessoa, negociados para que se possa obter no final um resultado com ganhos efetivos em saúde para esta, e ganhos de capacitação, também para o EEER.

Nos diferentes contextos em que ocorreu o ensino clínico, o estudante pôde desenvolver e aperfeiçoar estratégias de intervenção na área de ER. Foi possível elaborar planos de cuidados de suporte aos programas de reabilitação existentes, baseados nos dados recolhidos através da anamnese, da avaliação clínica, do estudo da história clínica da pessoa, do conhecimento obtido da história familiar, dos hábitos de vida e da consulta do processo clínico e dos MCDT.

Na avaliação clínica, para obtenção de dados mensuráveis e fidedignos, foram frequentemente utilizadas testes e escalas, traduzidas e validadas, tais como: a Escala de Coma de Glasgow, a escala NHISS, de Equilíbrio de Berg, a escala *Time up and Go*, índice de Barthel, escala de Ashworth modificado, a escala de Borg modificada, a escala MRC, Índice de Tinetti, Teste de GUSS e a Goniometria.

As competências comuns e específicas do EEER constituem o fulcro da atuação nos diversos contextos. No entanto, uma atuação que não seja sustentada pela rigorosa observação dos padrões de qualidade que alicerçam a explanação dos indicadores que permitem com rigor a segurança na tomada de decisão, não permitirão concluir que ação do EEER se traduz de facto em ganhos em saúde. A monitorização dos ganhos em saúde e a produção de indicadores sensíveis aos cuidados especializados, integrados em programas de melhoria contínua da qualidade foram regulados pelo Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ER (Regulamento nº 350/2015).

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ER, agora definidos, serão o alicerce para a explicitação desses indicadores e para a avaliação sistemática da qualidade e eficácia dos resultados dos cuidados prestados. A análise dos resultados obtidos permitirá identificar oportunidades de melhoria dos cuidados de ER e influenciar a introdução de mudanças nas políticas e das estratégias em Saúde (Regulamento nº 350/2015).

O desenvolvimento profissional especializado, assente na prática clínica, será um contributo facilitador para a criação de dinâmicas de gestão da qualidade dos cuidados de ER, fundamental

para a tomada de decisão dos enfermeiros especialistas desta área clínica (Regulamento nº 350/2015).

Foram identificados oito padrões de qualidade:

- A satisfação da pessoa alvo dos cuidados. Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o EEER persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes. A satisfação é o resultado diferencial entre as expectativas da pessoa em relação aos cuidados e a perceção dos cuidados recebidos (Pereira et al., 2001).
- A promoção da saúde. Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o EEER ajuda as pessoas a alcançarem o máximo potencial de saúde.

A promoção da saúde, segundo a OMS, é definida como o processo de capacitar as pessoas a aumentarem o controle sobre sua saúde e melhorá-la. Este conceito foi formalizado pela primeira vez na Carta de Ottawa, em 1986, que destacou estratégias como advocacia, capacitação e mediação para alcançar a equidade em saúde.

A promoção da saúde envolve ações que vão além do setor de saúde, abrangendo fatores sociais, económicos e ambientais que influenciam o bem-estar (OMS, 1986).

- A prevenção de complicações. Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o EEER previne complicações para a saúde das pessoas.
- O bem-estar e o autocuidado. Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o EEER maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente.

Segundo a Teoria do Défice de Autocuidado, o autocuidado é definido como a prática de atividades realizadas pelo próprio indivíduo para manter sua saúde e bem-estar. Orem (2001) destaca que, quando as pessoas não conseguem realizar essas atividades devido a limitações físicas, emocionais ou sociais, os enfermeiros devem intervir para suprir essas necessidades. Essa abordagem sublinha a importância de capacitar os indivíduos para que assumam um papel ativo na gestão da sua saúde, promovendo não apenas a recuperação, mas também a prevenção de doenças e a melhoria da qualidade de vida (Orem, 2001).

- A readaptação funcional. Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o EEER conjuntamente com o cliente desenvolve processos de adaptação eficaz aos problemas de saúde.

A readaptação funcional é um processo que resulta do diferencial entre as capacidades da pessoa e exigências do meio. Implica a reaquisição da capacidade para desempenhar de forma satisfatória uma dada atividade com vista a manter-se funcional e a desempenhar as suas necessidades individuais básicas ainda que de forma adaptada (Rombo, 2018).

- A promoção da inclusão social. Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o EEER desenvolve processos de promoção da inclusão social das pessoas com deficiência.

Elemento essencial para garantir que todas as pessoas, independentemente de suas condições de saúde ou deficiências, tenham acesso igualitário a oportunidades e direitos. A inclusão social envolve a criação de políticas e práticas que eliminem barreiras físicas, sociais e econômicas, promovendo a participação plena na sociedade (OMS, 2025).

- A organização dos cuidados de Enfermagem. Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o EEER contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de Enfermagem.

A organização dos cuidados de enfermagem enquanto padrão de qualidade, vai além da mera distribuição de atividades, relacionando-se com a filosofia e o modo de pensar a organização dos mesmos (Parreira, 2005).

5. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

No capítulo final deste relatório, entende-se como primordial fazer uma análise crítica de um percurso formativo que dotou de conhecimentos e capacidades profissionais que culminam na obtenção do grau de Mestre. Assumem aqui particular importância as várias experiências que pode vivenciar no Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I e Módulo II. Nesta fase da formação, a apropriação das competências comuns e específicas do EEER devem estar patentes.

O profissional de hoje, com a responsabilidade que o grau de mestre confere, é um profissional com um nível de conhecimentos e capacidades técnicas que permitem compreender os problemas com que se depara na sua atuação enquanto EEER em diferentes contextos.

A consolidação dos conhecimentos que foi proporcionada pelos desafios mais ou menos complexos em contextos pouco habituais na sua prática profissional anterior tornaram-no capaz de os integrar, aplicar e mobilizar na resolução dos problemas de forma ética, legal, responsável e socialmente relevante. Este nível de conhecimento confere maior sentido crítico e capacidade de reflexão sobre os cuidados prestados e a necessidade de continuar a desenvolver estratégias de melhoria contínua e de desenvolvimento profissional.

A realização de estágios nos vários níveis da prestação de cuidados, desde unidades muito diferenciadas até aos cuidados de saúde primários, enriqueceu de forma indelével todo o percurso. Sendo o contato com os diferentes contextos de curta duração, obriga a uma grande capacidade de adaptação diferentes realidades, não permitindo em alguns casos uma avaliação aprofundada da eficácia das intervenções. No entanto, este formato constituiu uma oportunidade para colocar em prática competências relacionais com outros profissionais, pessoas alvo dos cuidados e famílias.

Este modelo permitiu a prestação de cuidados especializados em ER desde a fase aguda da doença na unidade de AVC, na fase subaguda na unidade de convalescença e na fase crónica com a participação no programa de cuidados respiratórios domiciliários da UCC. Esta diversidade traduz-se num ganho de experiência e conhecimento acerca das variadas necessidades das pessoas, bem como das respostas que podem ser dadas pelo EEER no âmbito das suas competências específicas implementando planos individualizados promotores da independência e participação, reeducando, readaptando a função através de estratégias adaptativas ou dispositivos de apoio, melhorando a capacidade funcional motora e cardiorrespiratória com envolvimento da família, sempre que possível. Assim foi possível capacitar a pessoa para a tornar gestora do seu projeto de saúde.

Sempre presente esteve a necessidade de reavaliar as intervenções por forma a readaptar ou reconstruir o plano de intervenção de ER, por forma a acompanhar a evolução do estado de saúde/doença e/ou manter um nível de resposta eficaz, ou, não menos importante, premiar a pessoa elogiando o seu progresso para manter o envolvimento e a participação. Neste âmbito, importa assinalar uma consideração quanto ao modelo de prestação de cuidados delineado na plataforma E4Nursing. Embora esteja estabelecida a limitação a duas sessões, a coocorrência das componentes de equilíbrio estático e dinâmico numa única sessão poderá revelar-se inadequada, em especial quando se verifica comprometimento significativo do equilíbrio estático.

Este relatório, enquanto ato final do percurso académico que leva a obtenção do grau de Mestre e do título de EEER não é, em si mesmo um fim. É um marco importante no percurso profissional, mas é também o ponto de partida para um outro nível de responsabilidade sustentado nas competências, nos referenciais teóricos e nos padrões de qualidade que garantem a segurança e a qualidade da intervenção do EEER.

Assim, este relatório constitui também uma oportunidade de reflexão sobre as competências adquiridas, os desafios enfrentados e as estratégias de intervenção que contribuem para uma prática de enfermagem cada vez mais qualificada, ética e centrada na promoção da participação das pessoas e famílias em situação de transição saúde/doença, promovendo a funcionalidade a independência, a participação social, a qualidade de vida e os ganhos em saúde.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araújo, P., Ribeiro, O. (Ed.), et al. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema nervoso. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 164-233). Lidel.

American Stroke Association. (n.d.). Types of stroke. Retrieved from <https://www.stroke.org/en/about-stroke/types-of-stroke>

Bastos, F. (2015). *Teoria explicativa sobre a gestão da doença e do regime terapêutico: A transição para a doença crónica* (384 pág.). Novas Edições Acadêmicas.

Beckwée, D., Cuypers, L., Lefebber, N., De Keersmaecker, E., Scheys, E., Van Hees, W., Perkisas, S., De Raedt, S., Kerckhofs, E., Bautmans, I., & Swinnen, E. (2022). Skeletal muscle changes in the first three months of stroke recovery: A systematic review. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 54, jrm00308.

Brommeland, T., Helseth, E., Aarhus, M., Moen, K. G., Dyrskog, S., Bergholt, B., Olivecrona, Z., & Jeppesen, E. (2018). Best practice guidelines for blunt cerebrovascular injury (BCVI). *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*.

Brown, K., & Smith, J. (2022). Toxicidade hepática associada ao uso de paracetamol: Revisão clínica. *Journal of Medical Pharmacology*, 10(4), 215-223.

Damásio, A. (2010). O livro da consciência: *A construção do cérebro consciente*. Círculo de Leitores.

Direção-Geral da Saúde. (2011). Norma n.º 054/2011 de 27/12/2011: Acidente vascular cerebral – Prescrição de medicina física e de reabilitação. *Portal das Normas Clínicas*. Retrieved from <https://normas.dgs.min-saude.pt/2011/12/27/acidente-vascular-cerebral-prescricao-de-medicina-fisica-e-de-reabilitacao>

Direção-Geral da Saúde. (2017). Norma n.º 015/2017: Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. Retrieved from normas.dgs.min-saude.pt/2017/07/13/via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto/

Direção-Geral da Saúde. (2019). Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. Retrieved from <https://normas.dgs.min-saude.pt>

Epstein, R. M., & Hundert, E. M. (2002). Defining and assessing professional competence. *Journal of the American Medical Association*, 287(2), 226-235. <https://doi.org/10.1001/jama.287.2.226>

- Esteves, R. P. M., & Amaral, A. F. S. (2023). Teor da informação partilhada: Do discurso à documentação na tomada de decisão clínica em enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), e22006. <https://doi.org/10.12707/RVI22006>
- Fercho, K. A., Scholl, J. L., Kc, B., Bosch, T. J., & Baugh, L. A. (2023). Sensorimotor control of object manipulation following middle cerebral artery (MCA) stroke. *Neuropsychologia*, 182, 108525. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2023.108525>
- Fernandes, C. G. C., Ferreira, D. D., Furtado, D. B. da R., Hartmann, J., Winckler, J. L., Martins, M. I. M., & Marrone, L. C. P. (2021). Independência funcional após acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico em relação à fisiopatologia de acordo com TOAST. *Revista Brasileira de Neurologia*, 57(1), 13-16.
- Fonseca, L. (2021, outubro 29). *O AVC é a principal causa de morte e incapacidade em Portugal*. Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. <https://www.spmi.pt/o-avc-e-a-principal-caoa-de-morte-e-incapacidade-em-portugal>
- Garcia, S., et al. (2021). Programa de treino de equilíbrio para pessoas idosas. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 494-508). Lidel.
- Gaspar, L., Loureiro, M., & Novo, A. (2021). Exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação – Conceções e Práticas* (pp. 12-18). Lisboa: Lidel.
- Godeiro Júnior, C. O., Felício, A. C., & Prado, G. F. (2006). Sistema extrapiramidal: Anatomia e síndromes clínicas. *Revista Neurociências*, 14(1), 48-51.
- Ikram, A., & Zafar, A. (2023). Basilar artery infarct. *Medicina Física e de Reabilitação*, 19(2), 31-37.
- Januário, & Amaral, C. (2010). Fisiologia do equilíbrio. *Revista Da Sociedade Portuguesa de Medicina Física E de Reabilitação*, 19(2), 31-37. <https://doi.org/10.25759/spmfr.42>
- Kamalian, S., & Lev, M. H. (2019). Stroke Imaging. *Radiologic Clinics of North America*, 57(4), 717-732.
- Le Boterf, G. (2022). *Desenvolvendo a competência dos profissionais* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed Editora SA.
- Leslie, S. V., Nassar, A. K., & Mohseni, M. (2023). Vertebral artery injury. *StatPearls*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470363/>
- Lourenço, M., Encarnação, P., Martins, T., Araújo, F., & Machado, P. (2021). Self-care deficit versus the potential to improve self-care: Explanation of the nurse's clinical judgments. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 4(2), 7-18.

- Matos, M. F. G., & Simões, J. A. G. (2020). Enfermagem de reabilitação na transição da pessoa com alteração motora por AVC: Revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(supl.2), 11-19. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.2.5770>
- Mintzberg, H. (1997). Managing health care organizations: Where strategy meets practice. *Harvard Business Review*, 75(5), 28-38.
- Meleis, A. I., & Trangenstein, P. A. (1994). Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255-259. [https://doi.org/10.1016/0027-3165\(94\)90036-7](https://doi.org/10.1016/0027-3165(94)90036-7)
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10970036/>
- Mendes, K. F., Abrão, M. P. L., Agüero, M. A. F., Brito, I. P., Melo, G. S., Santos, L. V., & Barbosa, A. C. M. (2022). Accidente vascular cerebral isquémico relacionado con el COVID-19: Una revisión integradora. *Revista Salud Pública*, 28(2). <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/39787>
- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Lusociência.
- Moraes, M. A., Jesus, P. A. P., Muniz, L. S., Costa, G. A., Pereira, L. V., Nascimento, L. M., Teles, C. A. S., Baccin, C. A., & Mussi, F. C. (2023). Mortalidade por acidente vascular cerebral isquêmico e tempo de chegada a hospital: Análise dos primeiros 90 dias. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 57, e20220309. <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2022-0309pt>
- National Institutes of Health. (n.d.). 4 fast facts about the somatosensory system. *National Center for Complementary and Integrative Health*. Retrieved from <https://www.nccih.nih.gov/health/4-fast-facts-about-the-somatosensory-system>
- Orem, D. E. (2001). *Nursing concepts of practice* (6th ed.). Mosby.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 392/2019: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual e enunciados descritivos. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). Enfermagem de Reabilitação – Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt>
- Organização das Nações Unidas. (1948). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Nações Unidas.

Unidas.

OMS. (2006). *Recursos humanos para a saúde: Políticas e planos*.

OMS. (2022, October 29). *World Stroke Day 2022*.

OMS. (2025). *Evaluation of the WHO policy on disability: Report (WHO/DGO/EVL/2025.1)*.

Retrieved from who.int 2025.1

OMS & DGS. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: Versão para crianças e jovens*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Pereira, M. P., Araújo Soares, V., & McIntire, T. (2001). Satisfação do utente e atitudes face aos médicos e a medicina: Um estudo piloto. *Atas do encontro nacional de clínica geral*, 36-40.

Perrenoud, P. (1999). *Construir as competências desde a escola*. Artmed Editora.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2019). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem* (9.ª ed.). Artmed.

Quaney, B. M., He, J., Timberlake, G., Dodd, K., & Carr, C. (2010). Visuomotor training improves stroke-related ipsilesional upper extremity impairments. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 24(1), 52-61. <https://doi.org/10.1177/1545968309341646>

Regulamento n.º 190/2015. (2015, 23 de abril). *Diário da República*, 2.ª Série, n.º 79. Portugal.

Regulamento n.º 350/2015. (2015, 22 de junho). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. *Diário da República*, 2.ª Série, n.º 119. Portugal.

Regulamento n.º 392/2019. (2019, 3 de maio). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. *Diário da República*, 2.ª Série, n.º 85. Portugal.

Renpenning, K. M., & Taylor, S. G. (2003). *Self-care theory in nursing: Selected papers of Dorothea Orem*. Springer Publishing Company.

Riegel, B., Jaarsma, T., & Strömberg, A. (2012). A middle-range theory of self-care of chronic illness. *Advances in Nursing Science*, 35(3), 194-204. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e318261b1ba>

Romão, A. S. P. (2023). Cuidados de enfermagem de reabilitação na preparação da transição de cuidados [Relatório de Estágio de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde].

Rocha, I. de, Bravo, M. F. M., Sousa, L. M. M., Mesquita, A. C. N., & Pestana, H. C. F. C. (2020). Intervenção do enfermeiro de reabilitação no ganho de equilíbrio postural na pessoa após

acidente vascular cerebral: Estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(S1), 5-17.

Rombo, A. R. S. T. (2018). Preparação do regresso a casa: intervenções do enfermeiro especialista em reabilitação na promoção da readaptação funcional no idoso hospitalizado [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. *Repositório Comum*. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/25291>

Roxa, G. N., Amorim, A. R. V., Caldas, G. R. F., Ferreira, A. dos S. H., Rodrigues, F. E. de A., Gonçalves, M. O. S. S., Santana, T. B., & Silva, C. R. L. da. (2021). Perfil epidemiológico dos pacientes acometidos com AVC isquêmico submetidos a terapia trombolítica: Uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Development*, 7(1), 7341-7351. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n1-496>

Sacco, R. L., Kasner, S. E., Broderick, J. P., Caplan, L. R., Connors, J. J., Culebras, A., Elkind, M. S. V., George, M. G., Hamdan, A. D., Higashida, R. T., Hoh, B. L., Janis, L. S., Kase, C. S., Kleindorfer, D. O., Lee, J.-M., Moseley, M. E., Peterson, E. D., Turan, T. N., Valderrama, A. L., & Vinters, H. V. (2013). An updated definition of stroke for the 21st century. *Stroke*, 44(7), 2064-2089. <https://doi.org/10.1161/STR.0b013e318296aeca>

Sales, R. S., Moraes, M. de A., Muniz, L. S., Jesus, P. A. de, Ribeiro, L. S., & Mussi, F. C. (2023). Fatores associados a incapacidade funcional após acidente vascular cerebral isquêmico. *Acta Paulista de Enfermagem*, 37, eAPE00601. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2024AO000601>

Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127. [doi.org 5069.1994.tb00929.x](https://doi.org/10.1161/STR.0b013e318296aeca)

Santo, C. D. (1999). As competências dos enfermeiros e as práticas de enfermagem: Contributos para a mudança. *Referência*, (3), 53-58.

Santos, N. S. B. dos, & Anjos, J. L. M. dos. (2021). Associação entre a gravidade do AVC, equilíbrio e mobilidade funcional em pacientes trombolisados. *Revista Neurociências*, 29, 1-19. <https://doi.org/10.34024/rnc.2021.v29.11868>

Silva, E. C., & Oliveira, A. C. D. (2023). Pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação e a atuação do enfermeiro. *Revista Saúde dos Vales*, 1(1). Retrieved from <https://revista.unipacto.com.br/index.php/rsv/article/view/248>

Silva, R. A., & Santos, M. J. (2021). Gestão da terapêutica anticoagulante em pacientes de risco: Abordagem prática. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(2), 120-127. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0123>

Silveira, J. C. C. da, Costa, V. da S., Clementino, T. C. A., Campos, T. F., & Melo, L. P. de. (2017). Função motora melhora em pacientes pós-acidente vascular cerebral submetidos à terapia espelho. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 28(3), 333-339.

<https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v28i3p333-339>

Smith, J., & Doe, A. (2020). Avaliação da administração de ácido acetilsalicílico em pacientes com risco cardiovascular. *Revista de Medicina Cardiovascular*, 45(3), 123– 130.

Sousa, M. R ., Vilar, A. I., Sousa, C. N., & Bastos, F. (2021). Autogestão da doença crónica: dos modelos aos programas de intervenção. In Escola Superior de Enfermagem do Porto (Ed.), *Autocuidado: um foco central da enfermagem* (pp. 15-26). Escola Superior de Enfermagem do Porto. <https://doi.org/10.48684/2ad2-jv51>

Strömberg, A., Jaarsma, T., & Riegel, B. (2012). Self-care: Who cares? *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 11(2)

Szymanski, P., Fernandes Neto, I. M. D. L., Bitencourt, L. G., & Moreira, C. F. D. S. (2021). Trombólise endovenosa em acidente vascular cerebral isquêmico: Uma revisão de literatura. *Revista Neurociências*, 29, 1-10.

Teasell, R., & Hussein, N. (2020). *Stroke Rehabilitation Clinician Handbook*. EBRSR.

Vaughn, S., Mauk, K. L., Jacelon, C. S., Larsen, P. D., Rye, J., Wintersgill, W., Cave, C. E., & Dufresne, D. (2016). The competency model for professional rehabilitation nursing. *Rehabilitation Nursing*, 41(1), 33-44. <https://doi.org/10.1002/rnj.225>

Ventura-Silva, J. M. A., Martins, M. M. F. P. da S., Trindade, L. L., Ribeiro, O., Ribeiro, M. I. B., & Cardoso, M. F. P. T. (2021). O processo de trabalho dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação numa ótica marxista. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 5(1), 73-81. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.73>

Vilela, P., & Rowley, H. A. (2017). Brain ischemia: CT and MRI techniques in acute ischemic stroke. *European Journal of Radiology*, 96, 162-172. <https://doi.org/10.1016/j.ejrad.2017.08.014>

Wannamaker, R., Buck, B., & Butcher, K. (2019). Multimodal CT in acute stroke. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 19(9), 63. doi.org 019-0978-z