



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Relatório de Estágio

INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DO EQUILÍBRIO CORPORAL NA PESSOA APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

INTERVENTIONS OF THE NURSE SPECIALIST IN REHABILITATION NURSING IN THE PROMOTION OF BODY BALANCE IN THE PERSON AFTER STROKE

Júlia Taveira Saraiva

Almada

2024



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Relatório de Estágio

INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DO EQUILÍBRIO CORPORAL NA PESSOA APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

INTERVENTIONS OF THE NURSE SPECIALIST IN REHABILITATION NURSING IN THE PROMOTION OF BODY BALANCE IN THE PERSON AFTER STROKE

Júlia Taveira Saraiva

Orientador: Professor Gonçalo Luís Coelho Dias Rosa

Almada

2024



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

“A enfermagem é uma atividade prática, mas é uma atividade prática realizada por pessoas que possuem conhecimentos teóricos especializados em enfermagem com capacidades desenvolvidas para pôr esses conhecimentos em prática em situações concretas da prática de enfermagem”

(Orem, 2001)

AGRADECIMENTOS

Este percurso académico foi possível graças ao apoio constante ao longo desta jornada.

Em primeiro lugar, agradeço aos meus pais, Elisabete e Carlos, pelo apoio, amor, incentivo e encorajamento constante.

Ao meu namorado Diogo, o meu pilar, por todo o amor, carinho, paciência, apoio e motivação diária.

Ao professor Gonçalo Rosa, pela sua orientação, apoio, motivação e partilha de conhecimentos e experiências ao longo do percurso académico.

Aos meus colegas de curso, pela entreaajuda, partilha de conhecimentos e espírito de camaradagem demonstrados durante os estágios. Em especial às minhas colegas e amigas de coração, Joana Afonso e Joana Teodoro, pela amizade, apoio inabalável nesta caminhada, pelo companheirismo e pela alegria e animação nos momentos mais difíceis.

Aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação orientadores e a todos os outros Enfermeiros que ajudaram neste percurso, agradeço pela orientação e disponibilidade para ensinar e esclarecer dúvidas, e pela partilha de conhecimentos e experiências que se tornaram fundamentais para o desenvolvimento das competências profissionais e pessoais.

Ao Enfermeiro David Peças, pelo incentivo constante de embarcar em novos desafios e experiências para adquirir novos conhecimentos e pela flexibilidade no ajuste do horário, que tornou todo o processo mais fácil e acessível.

Aos utentes, pela disponibilidade, motivação e participação nos programas de reabilitação, que foram fundamentais para o sucesso do estágio.

A todos vós, um muito obrigado.



DECLARAÇÃO DE INTERGRIDADE

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

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLA

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD - Atividades de Vida Diária

CDE - Código Deontológico do Enfermeiro

CIE - Conselho Internacional de Enfermeiros

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS - Direção-Geral de Saúde

EE - Enfermeiro Especialista

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

LMERT - Lesões Musculoesqueléticas Relacionadas com o Trabalho

MCEER - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

MRC - Medical Research Council

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

p. - Página

pp. - Páginas

PTA - Prótese Total da Anca

RFR - Reeducação Funcional Respiratória

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

TDAC - Teoria do Défice de Autocuidado

UC - Unidade Curricular

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCCI - Unidade de Cuidados Continuados Integrados

UMDR - Unidade de Média Duração e Reabilitação

RESUMO

O acidente vascular cerebral está entre as principais causas de morbimortalidade e a primeira causa de incapacidade neurológica que provoca limitações no desempenho das atividades de vida diária e da participação na sociedade. O comprometimento do equilíbrio corporal é um dos principais problemas físicos consequentes do acidente vascular cerebral, aumentando a oscilação corporal e dificultando o controlo dos movimentos. Isto leva a um aumento do número de quedas, que podem provocar lesões físicas graves, perda de autonomia, perda de força muscular, ansiedade e depressão, conduzindo a um ciclo de inatividade, diminuição da qualidade de vida e dependência de familiares/cuidadores informais.

Iniciou-se este percurso com a elaboração do projeto de estágio, no qual foram delineados objetivos, métodos e estratégias a desenvolver para dar resposta à problemática em estudo. A elaboração do relatório tem como finalidade a reflexão, descrição e análise das intervenções realizadas durante o estágio, de modo a minimizar o impacto desta problemática e o desenvolvimento das competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros para a obtenção do título de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e as competências definidas pelos descritores de Dublin do 2º Ciclo, para a aquisição de grau Mestre.

As intervenções realizadas foram fundamentadas na Teoria do Défice de Autocuidado, desenvolvida por Dorothea Orem, que destaca a importância do autocuidado na recuperação da pessoa. Nesse contexto, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação desempenha um papel fundamental, promovendo estratégias adaptativas que visam maximizar a sua capacidade funcional e independência no autocuidado.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral; Reabilitação; Equilíbrio Corporal; Enfermagem de Reabilitação; Atividades de Vida Diária.



ABSTRACT

Stroke is one of the main causes of morbidity and mortality and the leading cause of neurological disability, causing limitations in the performance of activities of daily living and participation in society. Impaired body balance is one of the main physical problems resulting from stroke, increasing body sway and making it difficult to control movements. This leads to an increase in the number of falls, which can cause serious physical injuries, loss of autonomy, loss of muscle strength, anxiety and depression, ultimately resulting in a cycle of inactivity, reduced quality of life, and dependence on family members/informal carers.

This journey began with the preparation of the internship project, which outlined the objectives, methods, and strategies to be developed in response to the problem under study. The purpose of the report is to reflect on, describe, and analyze the interventions carried out during the internship, to minimize the impact of this problem and develop the competencies defined by the Order of Nurses for obtaining the title of specialist nurse in rehabilitation nursing and the competences defined by the Dublin 2nd Cycle descriptors for acquiring a Master's degree.

The interventions carried out were based on the Self-Care Deficit Theory, developed by Dorothea Orem, which emphasizes the importance of self-care in a person's recovery. In this context, nurses specializing in rehabilitation nursing play a fundamental role, in promoting adaptive strategies aimed at maximizing functional capacity and independence in self-care.

Keywords: Stroke; Rehabilitation; Body Balance; Rehabilitation Nursing; Activities of Daily Living.



ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	15
1.1. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	15
1.2. EQUILÍBRIO CORPORAL	16
1.3. INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DO EQUILÍBRIO CORPORAL APÓS AVC	17
1.4. TEORIA DO DÉFICE DE AUTOCUIDADO	23
2. DESCRIÇÃO, ANÁLISE E REFLEXÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS .	26
2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	26
2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	27
2.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade	30
2.1.3. Domínio da gestão dos cuidados.....	35
2.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	38
2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	41
2.2.1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados	42
2.2.2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania	49
2.2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa	55
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63
APÊNDICES	
APÊNDICE 1 – PROJETO DE ESTÁGIO	
APÊNDICE 2 – PROTOCOLO DA REVISÃO <i>SCOPING</i>	

APÊNDICE 3 – NORMA DE PROCEDIMENTO HOSPITALAR: CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM EQUILÍBRIO CORPORAL COMPROMETIDO

APÊNDICE 4 – PÓSTER: CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM EQUILÍBRIO CORPORAL COMPROMETIDO

APÊNDICE 5 – AÇÃO DE FORMAÇÃO: CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM EQUILÍBRIO CORPORAL COMPROMETIDO

APÊNDICE 6 – REFERENCIAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

APÊNDICE 7 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: A NECESSIDADE DE GINÁSIO NO SERVIÇO DE ORTOPEDIA

APÊNDICE 8 – ESTUDO DE CASO: A PESSOA COM ALTERAÇÃO DO EQUILÍBRIO CORPORAL

APÊNDICE 9 – ESTUDO DE CASO: A PESSOA COM ALTERAÇÃO DO EQUILÍBRIO CORPORAL APÓS AVC

APÊNDICE 10 – PÓSTER: INTERVENÇÕES DO EEER NA PROMOÇÃO DO EQUILÍBRIO CORPORAL NA PESSOA APÓS AVC: REVISÃO DE *SCOPING*

APÊNDICE 11 – AÇÃO DE FORMAÇÃO: PREVENÇÃO DE LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE/ PROGRAMA DE GINÁSTICA LABORAL

APÊNDICE 12 – PÓSTER: PREVENÇÃO DE LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

APÊNDICE 13 – PÓSTER: PREVENÇÃO DE LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: PROGRAMA DE GINÁSTICA LABORAL

APÊNDICE 14 – JOGO: “QUANTOS QUERES?”

APÊNDICE 15 – FOLHETOS: ADEQUAR MOCHILA; POSTURA IDEAL AO COMPUTADOR; SENTAR CORRETAMENTE; MANUSEAR TELEMÓVEL

ANEXOS

ANEXO 1 – CERTIFICADO DE PUBLICAÇÃO DO ARTIGO CIENTÍFICO

ANEXO 2 – CERTIFICADO: PARTICIPAÇÃO NA COMISSÃO ORGANIZADORA NO 1.º *WEBINAR* E ENCONTRO DIGITAL



ANEXO 3 – CERTIFICADO DE PRELETORA DO TEMA: CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM EQUILÍBRIO CORPORAL COMPROMETIDO

ANEXO 4 – CERTIFICADO DE EXPOSIÇÃO E DIVULGAÇÃO DE PÓSTER: PREVENÇÃO DE LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS - ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO: PRINCÍPIOS DE ERGONOMIA E BIOMECÂNICA

ANEXO 5 – CERTIFICADO DE EXPOSIÇÃO E DIVULGAÇÃO DE PÓSTER: PREVENÇÃO DE LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS EM SAÚDE - GINÁSTICA LABORAL: PROGRAMA REABILITAR QUEM CUIDA

ANEXO 6 – CERTIFICADO DE EXPOSIÇÃO E DIVULGAÇÃO DE PÓSTER: CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM EQUILÍBRIO CORPORAL COMPROMETIDO

ANEXO 7 – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO “CURSO AVANÇADO DE MASSAGEM TERAPÊUTICA E APLICAÇÃO DE BANDAS NEUROMUSCULARES”

INTRODUÇÃO

No âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde Egas Moniz, foi realizado o presente relatório que se intitula “Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na Promoção do Equilíbrio Corporal na Pessoa após Acidente Vascular Cerebral (AVC)”. O relatório surge como parte integrante da avaliação da Unidade Curricular (UC) Estágio e Relatório, que tem como finalidade capacitar o estudante a desenvolver competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem especializados na área da reabilitação à pessoa com incapacidades, limitações ou restrição de participação nos diferentes contextos e fases de vida, tendo por base as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), e os critérios dos descritores de Dublin de 2º Ciclo, associadas ao grau académico de Mestre (Bologna Working Group on Qualifications Frameworks, 2005; Regulamento n.º 140/2019).

O relatório de estágio é um dos elementos privilegiados de formação e avaliação do estudante. Permite avaliar os processos de aprendizagem e o desenvolvimento de competências, tratando-se de um trabalho de descrição detalhada e uma análise crítica e objetiva, exigindo reflexão sobre os processos e resultados observados, metodologicamente orientado para as atividades desenvolvidas durante o estágio (OE, 2021; Santos et al., 2019). Teve início com a elaboração do projeto de estágio (APÊNDICE 1), desenvolvido na UC Estágio, que foi realizado no período de 15 de maio a 28 de julho de 2023 e de 11 de setembro a 14 de janeiro de 2024, em 4 contextos de prática clínica, nomeadamente Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC) - Equipa de Cuidados Continuados Integrados e em projeto de intervenção escolar, Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) e em hospital no Serviço de Ortopedia e Neurocirurgia.

A escolha do tema surge pela frequente experiência na prática clínica ao lidar com casos de AVC e perceber o impacto que as alterações do equilíbrio corporal provocam na vida das pessoas. O AVC está entre as principais causas de morbimortalidade e a primeira causa de incapacidade neurológica que apresenta diversas consequências, sendo o comprometimento do equilíbrio corporal um dos principais problemas físicos, sensoriais e perceptivos (Tasseel-Ponche et al., 2015; Wang et al., 2013). Afeta diretamente a qualidade de vida, a capacidade funcional, limita o desempenho das atividades de vida diária (AVD), da participação na sociedade e ainda contribui para o aumento do risco de

queda, levando a um prolongamento do tempo de internamento e aumento de custos associados aos cuidados de saúde (Bruni et al., 2018; Ijmker et al., 2013; Li et al., 2019).

Mais de 80% das pessoas que sofrem um AVC ficam com alterações do equilíbrio corporal e, consequentemente, 70% das pessoas com AVC que vivem em casa, referem pelo menos um episódio de queda, um ano após o AVC (Beyaert et al., 2015; Tyson et al., 2006).

Cerca de dois terços das pessoas que sofrem um AVC apresentam défices iniciais de mobilidade e, seis meses após, mais de 30% dos sobreviventes não consegue andar de forma independente, apresentando dificuldade na realização das AVD e restrições da participação na sociedade, mesmo quatro anos após o AVC (Corbetta et al., 2015; Gadidi et al., 2011).

A escolha deste tema prende-se ainda por ser uma área prioritária para estudo, de acordo com a análise dos documentos orientadores da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (MCEER) da OE, nomeadamente as “Áreas Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação” (OE, 2015a). É essencial identificar as alterações do equilíbrio corporal como um problema, pelo impacto direto que tem na segurança e no bem-estar da pessoa. Isso permite ao EEER elaborar um plano de cuidados direcionado e personalizado, garantindo uma abordagem eficaz, a recuperação física e a melhoria da qualidade de vida.

Com o propósito de fundamentar as intervenções realizadas durante o estágio, recorreu-se à Teoria do Défice de Autocuidado (TDAC) desenvolvida por Dorothea Orem, cujo conceito central é o autocuidado, que é definido pela prática de atividades que a pessoa realiza para manter a sua própria vida, saúde e bem-estar (Orem, 2001).

É composta por três teorias interrelacionadas: a Teoria do Autocuidado, que descreve o porquê e como as pessoas realizam o autocuidado; a Teoria do Défice de Autocuidado, que descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem; e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve e explica as relações necessárias para que se produza enfermagem (Orem, 2001).

Todas as pessoas têm potencial para realizarem o autocuidado, uma vez que detêm aptidões, saberes e vivências adquiridas durante a vida. Quando as exigências de uma atividade superam a capacidade de a realizar, existe a necessidade de apoio, tanto dos indivíduos diretamente ligadas à pessoa (por exemplo a família/cuidador informal) como dos profissionais de saúde (Petronilho & Machado, 2017).

O EEER tem um papel fundamental na recuperação e maximização da funcionalidade, através da promoção do autocuidado, prevenção de complicações, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e o bem-estar da pessoa (OE, 2011). Na sua prática clínica pretende-se minimizar incapacidades, manter ou recuperar a independência nas AVD, de forma a minimizar o impacto das incapacidades instaladas através de ações preventivas e de diagnósticos precoces (Regulamento n.º 392/2019).

Assim, para a realização do estágio foram delineados 2 objetivos gerais: “Desenvolver competências do EEER na promoção do equilíbrio corporal após AVC”; “Desenvolver competências do EEER na área motora, cardíaca, respiratória, sensorial, cognitiva, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, tendo em vista a promoção do autocuidado”.

Este trabalho inicia-se com a introdução, seguida de um enquadramento teórico sobre o tema, e de forma a fundamentá-lo, serão evidenciados os resultados da revisão *scoping* elaborada (APÊNDICE 2), relacionando a importância do papel do EEER e o modelo teórico que sustenta a problemática. Posteriormente, serão descritas e analisadas as atividades realizadas em estágio para atingir os objetivos definidos, que possibilitaram o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e específicas do EEER. Na sequência, é apresentada a conclusão, onde é realizada uma avaliação geral do percurso desenvolvido, destacando as principais aprendizagens adquiridas ao longo do estágio para o desenvolvimento profissional e pessoal, as considerações finais, e se projeta um horizonte para o desenvolvimento contínuo. Por fim, serão apresentadas as referências bibliográficas consultadas para a realização deste relatório, os apêndices referentes aos trabalhos desenvolvidos durante o estágio, e os anexos que contribuíram beneficentemente para o percurso realizado.

Este trabalho foi redigido conforme o acordo ortográfico da língua portuguesa e segue a norma da American Psychological Association 7ª Edição (Lee et al., 2019).

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Com o objetivo de desempenhar uma intervenção eficaz, existiu a necessidade de aprofundar conhecimentos na temática escolhida. De maneira abrangente, este capítulo apresenta a exposição detalhada desse conhecimento.

1.1. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

O AVC define-se como o rápido desenvolvimento de sinais clínicos de distúrbios focais ou globais da função cerebral, com sintomas que permanecem por um período superior a 24 horas ou conduzem à morte, sem outra causa aparente que a de origem vascular (World Health Organization, 2006).

De acordo com a informação global de sobre o AVC da World Stroke Organization, em 2022, o AVC foi a terceira causa de incapacidade em todo o mundo e a segunda principal causa de morte (Feigin et al., 2022). A nível Mundial, o risco de AVC aumentou 50% nos últimos 17 anos, estimando-se que um em cada quatro pessoas tenha um AVC durante a vida. De 1990 a 2019, houve um aumento de 70% na incidência de AVC e de 43% na taxa de mortalidade (Feigin et al., 2022).

Em Portugal, no ano de 2021, registaram-se 125 223 óbitos, mais 1,3% do que em 2020. As doenças cerebrovasculares, continuam a estar na origem do maior número de óbitos das doenças do aparelho circulatório, representando 9 613 óbitos, ou seja, 7,6% da mortalidade (Instituto Nacional de Estatística, 2024).

A prevenção do AVC pode evitar 90% dos casos e o reconhecimento precoce dos seu sinais e sintomas de alerta, seguido de um atendimento rápido nos serviços de urgência, contribuem para melhores prognósticos, diminuindo a mortalidade e a incapacidade (Pannain et al., 2019).

A nível mundial, em 2019, 3,3 milhões de pessoas morreram de AVC isquémico, 2,9 milhões morreram de hemorragia intracerebral e 0,4 milhões morreram de hemorragia subaracnoídea (American Heart Association, 2021). Contudo, existe ainda o Acidente Isquémico Transitório que se define como um bloqueio temporário do fluxo sanguíneo para o cérebro provocado por um coágulo, que geralmente se dissolve sozinho. Os sintomas habitualmente desaparecem em menos de cinco minutos (American Heart Association, 2020).

1.2. EQUILÍBRIO CORPORAL

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), define o equilíbrio como a “segurança do corpo e coordenação dos músculos, ossos e articulações para movimentar-se, pôr-se de pé, sentar-se ou deitar-se” (Conselho Internacional de Enfermeiros [CIE], 2019).

O equilíbrio corporal permite manter a postura sem grandes oscilações ou mantê-la durante o desempenho de uma atividade motora, que ocorre através da interação do sistema sensorial, músculo esquelético e sistema nervoso central. Subdivide-se em equilíbrio estático e dinâmico, sendo o equilíbrio estático definido pela capacidade de manter uma posição confortável em repouso e o equilíbrio dinâmico a capacidade de realizar a mudança entre posições, através de movimentos uniformes (Huber & Wells, 2009; Leme et al., 2017).

O equilíbrio corporal depende de três sistemas sensoriais: o vestibular, o somatossensorial (proprioceptivo) e o visual (Bronstein, 2016).

O sistema vestibular, codifica os movimentos rotacionais e lineares da cabeça. É responsável pela manutenção de uma visão clara e do controlo do equilíbrio quando ocorrem movimentos oculares rápidos e pelos reflexos posturais. O sistema somatossensorial é responsável por detetar e transmitir informações sobre o movimento e a posição do corpo através de recetores sensoriais especializados localizados nos músculos, nas articulações, nos tendões e na pele. O sistema visual fornece informações sobre o ambiente envolvente (Forbes et al., 2018; Proske & Gandevia, 2012).

O equilíbrio corporal não depende apenas da relação desses sistemas, mas também da interação com o sistema nervoso central, de um tônus muscular que se adapte eficazmente a alterações que possam surgir, da força e flexibilidade muscular e articular (Wolf et al., 2008). Os sistemas sensoriais (visuais, proprioceptivos e vestibulares) conduzem informações específicas via aferente ao sistema nervoso central, que tem como função organizar as informações recebidas e controlar a postura corporal estática e dinâmica (Prusch et al., 2021).

O cérebro utiliza a informação vestibular como referência primordial onde está a ocorrer o movimento. A informação vestibular, é o único sentido que está referenciado de forma intrínseca, sendo que a informação visual e somatossensorial são referenciadas ao ambiente externo, necessitando de uma interpretação adequada sobre o indivíduo, ou ambiente à sua volta (Huber & Wells, 2009).

Quando ocorrem mudanças na capacidade de processamento e transmissão de informação das vias eferentes do sistema nervoso central, pode levar a respostas neuromusculares distintas. Lesão ou alteração do funcionamento do sistema nervoso central provoca comprometimento no equilíbrio corporal (Leme et al., 2017). Este compromisso é uma das consequências mais comuns após AVC, que está relacionado a défices físicos, incapacidade e baixa qualidade de vida. Além disso, levam a altas taxas de quedas, o que traz grande carga para as pessoas que sofreram AVC, para as suas famílias e para a sociedade (Li et al., 2019).

A oscilação postural em pessoas que sofrem um AVC é duas vezes maior que a de pessoas saudáveis e está associada à perda de controlo da mobilidade do tronco, sendo considerada uma das perturbações mais significativas, uma vez que, todas as AVD dependem do controlo de tronco como base para o movimento (Rocha et al., 2020; Song & Heo, 2015).

A estabilidade do tronco é obtida através dos músculos do tronco que são essenciais para manter a capacidade de equilíbrio da coluna vertebral e da bacia, e para manter a estabilidade durante transferências, marcha, entre outros (Song & Heo, 2015).

Um bom equilíbrio corporal é um pré-requisito para recuperar a capacidade de andar de forma independente e realizar as AVD (Li et al., 2019). Assim, é fundamental a implementação de um programa de reabilitação precoce onde sejam realizados exercícios de ativação de tronco na promoção do equilíbrio corporal, já que a fraqueza do tronco é relevante para o desempenho funcional das pessoas com AVC (Rocha et al., 2020).

1.3. INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DO EQUILÍBRIO CORPORAL APÓS AVC

A intervenção do EEER *“visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e minimizar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas”* (Regulamento n.º 392/2019, p.13565).

Para aprofundar conhecimentos acerca da intervenção do EEER na promoção do equilíbrio corporal na pessoa após AVC, foi realizado uma revisão *scoping*. Os dados identificados após a realização desta revisão foram agrupados em 7 categorias.

Exercícios convencionais de reabilitação de AVC

A recuperação seletiva do controlo muscular do tronco é uma estratégia para melhorar a mobilidade do tronco, melhorando a coordenação muscular, o controlo postural e a mobilidade da pessoa com AVC. Exercícios específicos, como "a ponte" e "o tentáculo", são eficazes nas posições de decúbito dorsal e sentada. Complementados por técnicas convencionais de reabilitação, como a mobilização ativa, o fortalecimento muscular, a estimulação do sistema nervoso e atividades orientadas para tarefas, estes exercícios melhoraram o controlo muscular do tronco, a estabilidade postural, o equilíbrio corporal e a mobilidade (Bigoni et al., 2021).

Outra intervenção utilizada na recuperação do equilíbrio corporal em pessoas com AVC foi a reabilitação motora padrão, incorporando o lado afetado. Esta intervenção incluiu movimentos reflexivos, sinérgicos e fora de sinergia do membro superior e inferior parético; atividades funcionais, como sentar-levantar, dar passos e alcançar; e marcha lateral e em linha reta. Os resultados deste estudo mostraram que a intervenção melhorou o equilíbrio corporal, a mobilidade e a funcionalidade, que se mantiveram três meses após a intervenção (Pandian et al., 2014).

Intervenções baseadas no ginásio

Um estudo realizado por Wagh et al., (2017), teve como objetivo investigar o efeito do fortalecimento dos músculos do tronco, utilizando uma bola suíça, no equilíbrio corporal após AVC. A intervenção incluiu exercícios de reabilitação convencionais, tais como mobilização passiva, exercícios de mobilidade, atividades de transferência, treino de marcha, exercícios de suporte de peso, exercícios de treino de equilíbrio, ponte pélvica e exercícios de resistência abdominal. Posteriormente, foi introduzida a reabilitação com bola suíça, incorporando exercícios em posição de decúbito dorsal, tais como ponte pélvica, ponte unilateral e rotação do tronco. Na posição sentada, os participantes realizaram exercícios de equilíbrio estático, extensão do tronco, alcance para a frente, alcance lateral e extensão do tronco com a região lombar apoiada na bola suíça.

Os investigadores concluíram que o reforço dos músculos do tronco com uma bola suíça e exercícios convencionais de reabilitação de AVC, era significativamente mais eficaz do que confiar apenas na reabilitação convencional para melhorar o equilíbrio corporal das pessoas com AVC.

Lee et al., (2013) investigaram o impacto dos exercícios de cadeia cinética fechada e aberta na ativação muscular e no equilíbrio corporal de pessoas após AVC. Observaram resultados notáveis utilizando as máquinas *Leg Press Rehab* e *Leg Extension Rehab* com resistência pneumática. Os exercícios em cadeia cinética fechada envolveram participantes sentados que estenderam a sua perna parética na máquina de *Leg Press* enquanto fletiam o joelho a 90°. Os exercícios em cadeia cinética aberta foram realizados de frente para a máquina de extensão de pernas, com os participantes a estenderem e a fletirem a articulação do joelho da perna parética a partir de uma posição de flexão de 90°.

Para além do treino convencional, o estudo desenvolvido por Chang et al., (2021) utilizou a marcha para trás numa passadeira. A velocidade da passadeira foi calibrada com base na função motora prévia dos participantes, começando com um mínimo de 0,2 km/h e aumentando gradualmente dentro da sua zona de conforto. Esta abordagem inovadora apresentou resultados positivos, melhorando o equilíbrio corporal, a velocidade de marcha e a capacidade cardiorrespiratória, aumentando a eficácia do treino convencional.

Terapia de vibração

Lee et al., (2017) avaliaram o efeito da terapia vibratória de corpo inteiro na recuperação do equilíbrio corporal em pessoas com AVC subagudos. A intervenção foi realizada utilizando uma plataforma vibratória (Sonic World, Wonju, República da Coreia), onde os participantes receberam terapia vibratória durante 30 minutos, para além do treino de reabilitação convencional. Durante o tratamento, os participantes estiveram sentados na plataforma vibratória e tentaram sentar-se e apoiar-se de forma independente na coluna ligada à plataforma de equilíbrio. Sempre que a postura do participante estava prestes a entrar em colapso, o terapeuta supervisor ajustava o alinhamento para continuar a terapia de vibração. A terapia ocorreu enquanto os participantes não realizavam nenhuma atividade específica. Os resultados do estudo sugerem que a terapia de vibração de corpo inteiro mostrou uma melhoria funcional na recuperação do equilíbrio corporal e das AVD nas pessoas com AVC subagudos.

Treino de Estimulação Auditiva Rítmica

Cha et al., (2014) avaliaram a eficácia do treino intensivo de marcha acompanhado de estimulação auditiva rítmica. Os participantes receberam um treino de estimulação auditiva rítmica em grupo, integrando músicas personalizadas e um metrónomo, adaptados aos gostos musicais individuais. A sincronização do metrónomo com a batida

da música, aumentou a percepção rítmica, alinhando-se perfeitamente com os padrões de marcha dos participantes.

Durante o treino, os participantes realizaram exercícios intensivos de marcha com estimulação auditiva rítmica. Foram orientados a caminhar enquanto ouviam atentamente e faziam corresponder os seus passos às pistas rítmicas fornecidas pela música e pelo metrônomo. À medida que o treino progredia, a estimulação auditiva rítmica era gradualmente removida, levando os participantes a praticar o treino intensivo de marcha sem estímulos rítmicos externos. Os investigadores concluíram que o treino intensivo da marcha com estimulação auditiva rítmica melhora o equilíbrio corporal e o desempenho da marcha na pessoa com AVC.

Terapia de boxe

Ersoy & Iyigun (2021) compararam os efeitos do treino de boxe virtual e real, para além do tratamento de neurodesenvolvimento, em pessoas após AVC. A abordagem de neurodesenvolvimento baseou-se no treino *Bobath*, que inclui técnicas de facilitação da extremidade superior e atividades baseadas no nível funcional, tais como exercícios com tapete, treino de transferência de peso, controlo do tronco, atividades de equilíbrio e treino da marcha. Além disso, os participantes receberam treino de boxe virtual através de uma consola de jogos Xbox Kinect 360 ou treino de boxe real em formato de grupo.

Para o treino de boxe virtual, o jogo envolvia três posições: soco direto (alto e baixo), gancho (soco contra a orelha do adversário) e posição de bloqueio (alto e baixo). À medida que o sucesso dos jogadores aumentava (rondas completadas), a velocidade de reação da personagem virtual adversária aos socos intensificava-se. No grupo de treino de boxe real, os participantes e o terapeuta usaram luvas de boxe, seguindo um protocolo de tratamento especificado que incluía socos unilaterais e bilaterais de *jab*/direto (alto e baixo), socos bilaterais diretos/gancho (alto e baixo) e combinações bilaterais de socos com diferentes estilos ou lados de socos (alto e baixo). Os resultados do presente estudo revelaram que ambos os métodos de treino de boxe melhoraram significativamente o tempo de execução dos socos bilaterais e as funções de equilíbrio corporal, não havendo provas de que uma abordagem seja superior à outra.

Intervenções de reabilitação baseadas na tecnologia

Vários estudos introduzem tecnologia para melhorar a recuperação do equilíbrio corporal em pessoas após AVC.

Kim et al., (2022) avaliaram o impacto do treino de controlo do tronco assistido por um robô no controlo postural e no equilíbrio corporal. Os investigadores utilizaram um robô de reabilitação especializado no controlo do tronco (3DBT-33, Man and tel, Gumi, República da Coreia). Este robô incorporou sensores de pressão por baixo das nádegas e dos pés, permitindo a medição da distribuição do peso. O treino incluía exercícios de sentar-levantar. Para estes exercícios, foi posicionado um suporte à frente da articulação do joelho, facilitando a sua extensão. A inclinação do assento da cadeira era regulável, facilitando os movimentos de inclinação pélvica e flexão do tronco. Foi integrado um monitor na configuração para fornecer feedback e motivação, oferecendo aos participantes um programa de treino em realidade virtual.

O programa de treino de controlo do tronco assistido por robô incluía três tipos de treino: treino de equilíbrio sentado, treino de equilíbrio sentado para a posição ortostática, e treino de equilíbrio na posição ortostática. O treino de equilíbrio sentado envolveu a manutenção de uma postura sentada simétrica, distribuindo igualmente o peso pelas nádegas esquerda e direita. O programa de treino de equilíbrio sentado foi realizado com os dedos grandes dos pés posicionados 10 cm atrás da articulação do joelho. Um apoio frontal suportava a extensão da articulação do joelho, enquanto os movimentos de inclinação pélvica e flexão do tronco eram assistidos pela inclinação do ângulo do assento da cadeira para a frente. O programa de treino de equilíbrio corporal na posição ortostática refletia os passos do programa de equilíbrio sentado, mas era realizado na posição ortostática.

Os investigadores verificaram que os participantes que receberam treino assistido por robô apresentaram melhorias significativas no controlo do tronco e no equilíbrio corporal.

Outro estudo, realizado por Aphiphaksakul e Siriphorn (2022), teve como objetivo avaliar o impacto do exercício em casa, utilizando um disco de equilíbrio juntamente com dados de uma aplicação de inclinómetro para o telemóvel. Para o estudo, utilizaram um telemóvel com a aplicação Compass Inclinometer Android OS. Posicionada de forma segura no peito dos participantes através de um arnês e de um braço extensível, a aplicação apresentava três inclinómetros que mostravam o ângulo de inclinação do telemóvel. Durante o treino, os participantes observaram o ecrã da aplicação e executaram os movimentos indicados pelo programa de exercícios. Os participantes estavam sentados numa cadeira com os pés sobre um disco de equilíbrio e realizaram diferentes exercícios, como inclinar-se para a frente, para trás, lateralmente e rodar o tronco para ambos os lados. O inclinómetro foi ajustado em vários graus (15°, 30°, 45° e 60°) para proporcionar diferentes desafios. Os resultados do estudo indicaram que o

programa de exercícios poderia potencialmente melhorar o controlo postural e os níveis de atividade diária em pessoas após AVC.

Lee et al., (2018) utilizaram o jogo Nintendo Wii Sports Resort (Nintendo®, Quioto, Japão) para explorar os efeitos do treino de remada de canoa em realidade virtual em pessoas com AVC. Os investigadores utilizaram uma cadeira fixa a um trampolim para reproduzir o movimento de oscilação experimentado durante a canoagem. Os participantes efetuaram movimentos de remada com ambas as mãos, segurando o controlador de movimento num acessório de remo de canoa separado. Foram fornecidas luvas de apoio para aqueles que tinham dificuldade em agarrar o controlador de movimento. Durante as sessões, os participantes do estudo manobram o remo de acordo com os movimentos da personagem virtual apresentada num ecrã de televisão. Esta intervenção melhorou significativamente o desempenho funcional do braço, da mão e do equilíbrio corporal.

Hyun et al., (2021) investigaram os efeitos do treino sentar-levantar com *feedback* visual em tempo real. Empregando uma abordagem de aprendizagem motora, o programa de treino utilizou um bloco de nivelamento ajustado em altura sem encosto ou apoio de braços. O Wii Balance Board fornecia *feedback* visual em tempo real, facilitado por placas de força que detetavam a carga de peso, um espelho, um computador e um monitor de 17 polegadas. O espelho permitia aos participantes observar momentaneamente os seus movimentos, com a ajuda de marcadores para manter um alinhamento corporal correto. O estudo revelou a eficácia do programa na melhoria da força muscular, do equilíbrio corporal, da marcha e da qualidade de vida das pessoas após AVC.

No estudo realizado por Morone et al., (2014) os investigadores exploraram a eficácia do treino de equilíbrio corporal através de uma intervenção baseada em vídeo jogos para melhorar o equilíbrio corporal e reduzir a incapacidade após AVC. Foi utilizada a consola Nintendo Wii (Nintendo®, Quioto, Japão), e o treino envolveu três jogos que melhoram o equilíbrio corporal, a coordenação motora e a resistência: *hula hoop*, *bubble blower* e *sky slalom*. Os resultados do estudo indicaram que a intervenção baseada em vídeo jogos e a terapia convencional melhoraram o equilíbrio corporal e reduziram a incapacidade das pessoas após AVC.

Treino de Dupla Tarefa Aquática e Terrestre

Saleh et al., (2019) compararam o efeito do treino de dupla tarefa em ambiente aquático e ambiente terrestre, no equilíbrio corporal e na marcha de pessoas com AVC. O treino motor terrestre envolveu realizar marcha enquanto se segurava numa bola ou num copo

e se usava uma prancha de equilíbrio. Estas tarefas incluíam várias condições de marcha: marcha para a frente, para os lados e para trás. O grupo de terapia aquática seguiu a mesma sequência de treino de dupla tarefa, mas realizou os exercícios numa piscina. Os resultados do estudo revelaram que o treino de dupla tarefa motora aquática conduziu a melhorias significativas nas capacidades de equilíbrio corporal e de marcha em pessoas com AVC crónico, em comparação com o treino de dupla tarefa motora terrestre.

1.4. TEORIA DO DÉFICE DE AUTOCUIDADO

Os cuidados de enfermagem devem ser sustentados num modelo teórico para garantir uma abordagem consistente e fundamentada. O modelo do autocuidado revela-se *“estruturante e de excelência para a otimização da qualidade do exercício profissional”*, pelo que se escolheu a TDAC desenvolvida por Dorothea Orem para sustentar a intervenção realizada (OE, 2011, p.4).

O autocuidado é o conceito central na TDAC e é definido por Orem, (2001) como a prática de ações necessárias para proteger, manter e promover o bem-estar da pessoa. É realizado quando as pessoas aprendem, se adaptam, desenvolvem capacidades e são motivados a se autocuidar mesmo em situações esperadas e inesperadas (Isik & Fredland, 2023).

O autocuidado é uma função natural e essencial para garantir funcionamento humano, que tem de ser aprendido e executado de forma consistente e contínua de acordo com as necessidades individuais, devendo desempenhá-lo para si mesmo, para manter a vida, promover a saúde, facilitar o desenvolvimento e garantir o bem-estar (Berbiglia & Thuy, 2022; Taylor, 2002).

Para que seja possível a reconstrução da autonomia, existe uma necessidade do envolvimento e da motivação da pessoa em todo o processo de reabilitação e a TDAC identifica 5 métodos de ajuda: agir ou fazer pela pessoa; guiar e encaminhar; oferecer suporte físico e emocional, manter um ambiente de ensino e propício ao crescimento individual (Alligood, 2022).

A pessoa que sofre um AVC poderá ficar com alterações no equilíbrio corporal e consequentemente com a capacidade para o autocuidado comprometida. Desta forma, TDAC é essencial para a prática, pois o seu conceito fundamental é estabelecer uma relação de ajuda entre a pessoa dependente e o prestador de cuidados, o EEER. Este avalia os défices e as necessidades do autocuidado, ensina e orienta, planeia e adequa a

sua intervenção, de forma eficiente e eficaz, realiza avaliações contínuas e adapta os métodos de auxílio, compreendendo e respeitando o papel da pessoa no processo de reabilitação para alcançar a sua independência e a máxima funcionalidade (Regulamento n.º 392/2019).

O EEER deve iniciar a sua intervenção com a avaliação das necessidades individuais da pessoa, tendo por base o grau de comprometimento do equilíbrio corporal, de forma a desenvolver um plano de reabilitação personalizado para promover a sua independência funcional (Regulamento n.º 392/2019).

Na pessoa que não apresente equilíbrio corporal e a capacidade de realizar o autocuidado se encontre comprometida, o EEER vai desempenhar um papel fundamental, compensando a sua incapacidade e dando o apoio necessário à pessoa. Nestas situações o EEER utiliza o sistema totalmente compensatório, substituindo a pessoa no autocuidado. Para além disso, promove a independência, a segurança e o bem-estar da pessoa (Orem, 2001; Ribeiro et al., 2021).

Na pessoa que apresenta equilíbrio sentado, seja estático ou dinâmico, ou equilíbrio ortostático estático, é aplicável o sistema parcialmente compensatório em que as atividades do autocuidado são desempenhadas em conjunto com o EEER. Este desempenha um papel importante ao dar apoio e assistência para garantir a realização das atividades de autocuidado de maneira segura e eficaz. Deve instruir e treinar a pessoa a utilizar dispositivos auxiliares (andarilho, barras de apoio, cadeiras de banho) de forma a facilitarem a realização de autocuidado, promovendo assim a sua independência e qualidade de vida (Orem, 2001).

Na pessoa que não apresenta alteração do equilíbrio corporal ou apresente apenas uma alteração mínima, e seja capaz de realizar de forma independente as atividades de autocuidado, o EEER utiliza o sistema de apoio-educação para o ensinar e supervisionar a realização das atividades do autocuidado para garantir que as mesmas são realizadas de forma correta e em segurança (Orem, 2001).

Este referencial torna-se pertinente para os cuidados do EEER, uma vez que, dá particular destaque à pessoa, reconhecendo a sua capacidade de aprender e adaptar novas formas de realizar o autocuidado, tendo por base as suas limitações (Silva et al., 2020). A dedicação e o esforço do EEER em progredir para um sistema que garanta eficazmente a capacidade da pessoa em realizar os autocuidados, estão em consonância com as visões e conceitos propostos por Dorothea Orem (Martins et al., 2018).



A reabilitação é centrada na pessoa com alteração do equilíbrio corporal e o enfermeiro participa nesse processo de forma a promover a sua independência dentro das suas limitações. O EEER incentiva a pessoa dando orientações, bem como ao familiar e cuidador informal, de forma a proporcionar a sua reinserção social e melhorar a sua qualidade de vida (Leite & Faro, 2005).

O objetivo é promover a readaptação funcional, minimizar os efeitos resultantes da alteração do equilíbrio corporal e obter melhores resultados de saúde e bem-estar (Hartweg, 2022).

2. DESCRIÇÃO, ANÁLISE E REFLEXÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

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

As competências comuns do EE são “demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” e “envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019, pp. 4744-4745).

Estas competências encontram-se divididas em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019). Para o seu desenvolvimento, foram estabelecidos objetivos específicos.

De seguida, serão descritas e analisadas as atividades que foram realizadas em estágio, de modo a concretizar estes objetivos e a permitirem o desenvolvimento das competências comuns do EE e as competências definidas pelos descritores de Dublin do 2º Ciclo, referentes ao grau Mestre, na medida em que possui conhecimentos e capacidade de compreensão no desenvolvimento de investigação, na resolução de problemas, capacidade em lidar com questões complexas, capacidade de comunicar os seus conhecimentos de forma clara e objetiva e capacidade autónoma de aprendizagem (Bologna Working Group on Qualifications Frameworks, 2005). Estes critérios serão tidos em conta nas descrições das competências.

2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Para desenvolver competências neste domínio, foi traçado um objetivo específico: “Desenvolver uma prática profissional suportada em princípios éticos, deontológicos e no conhecimento científico de maior evidência”.

A relação entre o enfermeiro e a pessoa envolve atitudes e comportamentos complexos com implicações éticas e deontológicas (Allande-Cussó et al., 2022). O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro e o Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) são documentos normativos e vinculativos da profissão de enfermagem, e têm a função de orientação para uma prática ética e profissional (OE, 2015b).

A prática profissional competente e íntegra, exige aos enfermeiros *“uma conduta responsável e ética, atuando no respeito pela legis artis, pela deontologia e pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos, responsabilizando-se pelas suas decisões, pelos atos que praticam e pelas tarefas que delegam”* (Regulamento n.º 613/2022, p.179).

É fundamental refletir sobre modo de intervir com a pessoa que se encontra ao cuidado do enfermeiro, respeitando os direitos humanos, quer seja no exercício profissional da enfermagem no geral ou, neste caso, como EEER. Deste modo, a Ética sugere que o enfermeiro reflita sobre si mesmo e do modo como pratica a profissão, procurando valores e princípios que justifiquem as suas intervenções no exercício profissional (Deodato, 2016).

Para uma prática de enfermagem de qualidade, deve existir sensibilidade para lidar com as diferenças que as pessoas apresentam, as suas escolhas, a sua autodeterminação respeitando os valores, crenças espirituais costumes e religiões (Regulamento n.º 140/2019). Isso possibilita a satisfação das pessoas, tendo presente que *“bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas”* (OE, 2002, p.13).

A pessoa que carece de cuidados, deve ser envolvida nos processos de tomada de decisão, como parceira de cuidados de saúde. Deve ser respeitada a sua autonomia para favorecer a sua integração e participação no processo de recuperação, e no centro dos processos de tomada de decisão sobre o seu futuro, respeitando o direito da pessoa à informação e confidencialidade (Lei n.º 156/2015; Vasconcelos, 2021).

O cuidado deve ser centrado na pessoa e implica que não se trate a pessoa apenas por apresentar uma condição de doença, mas também como indivíduo único com

necessidades, valores e preferências. Os princípios fundamentais no cuidado centrado na pessoa incluem, proporcionar dignidade, compaixão e respeito, oferecer cuidados, apoio e colaboração com outros profissionais de saúde, um cuidado personalizado, dar suporte, compreender e incentivar a pessoa a reconhecer e desenvolver capacidades que lhe permitam viver de uma forma independente, permitindo tomar a suas próprias decisões (The Health Foundation, 2016).

A preocupação com o bem-estar do outro, é um conceito moral básico no qual assentam os padrões éticos profissionais. É importante destacar que a excelência profissional vai além dos conhecimentos técnicos e científicos. É essencial que exista uma abordagem humanizada (OE, 2015c).

O EEER lida na sua prática clínica com pessoas que apresentam alteração da funcionalidade, da capacidade para ser independente, ou até mesmo deficiência. São pessoas que podem apresentar apenas uma incapacidade para a realização das AVD ou também uma incapacidade para tomar decisões. A condição de pessoa, em ambos os casos, não se altera, sendo que no primeiro caso a pessoa tem capacidade de decidir acerca das suas vontades e preferências, e no segundo caso a pessoa necessita de ajuda ou mesmo substituição nas decisões sobre a sua vida. O EEER deve agir, de acordo com o artigo 97º do CDE, pelo respeito e pela dignidade da pessoa e não apenas pela necessidade de ser cuidada (Lei n.º 156/2015).

Embora a responsabilidade da decisão sobre os cuidados prestados seja do enfermeiro, por possuir conhecimentos científicos sobre qual o melhor plano, nas situações em que a pessoa não se encontra com capacidade de tomar decisões relativamente aos seus cuidados, deve ser garantido o envolvimento total dos familiares/cuidadores informais no processo de planeamento dos cuidados (Coulter & Oldham, 2016; Vasconcelos, 2021).

Na dinâmica de decisões relativas à pessoa, a família assume um papel essencial ao incorporar os seu valores e preferências. As suas opiniões e preferências devem ser ouvidas com atenção e respeito, sem subvalorização (Ribeiro, 2022). O enfermeiro, tendo por base a perspetiva de valor e sofrimento da pessoa, irá utilizar essas visões como orientação para tomar as melhores decisões, atendendo às necessidades individuais, uma vez que são obrigados, deontológica e juridicamente a agir no melhor interesse da pessoa (Deodato, 2016).

Os profissionais de saúde têm a responsabilidade legal de manter as informações das pessoas de forma privada e segura (Beltran-Aroca et al., 2016). Tal como previsto nos artigos 106º, do dever do sigilo, e no 107º, do respeito pela intimidade, do CDE, foi

garantida a confidencialidade da informação escrita e oral nos trabalhos realizados, nunca referenciando nomes ou detalhes de qualquer pessoa para que não a pudessem identificar, e foi garantida a privacidade em todos os procedimentos, com o correr da cortina e sempre que possível conversar em locais onde não se encontravam outras pessoas, profissionais e familiares (Lei n.º 156/2015).

Ao longo do estágio foram aperfeiçoados vários aspetos permitindo uma tomada de decisão ética centrada na dignidade, no respeito pela pessoa e na promoção do seu bem-estar. A título de exemplo, o Sr. J.C. que após um AVC se encontrava com limitações na mobilidade, com hemiparesia esquerda e com disartria. Foi notória a sua frustração e desânimo em relação às dificuldades que enfrentava durante a recuperação e à necessidade de readaptação, face a seu novo contexto de vida. Foi demonstrada empatia relativamente às emoções do Sr. J.C., oferecendo escuta ativa relativamente às suas preocupações, apoio emocional e encorajamento.

Antes de iniciar qualquer procedimento, era explicado tudo cuidadosamente, garantido a compreensão dos benefícios, riscos e alternativas e só era iniciado o programa de reabilitação após o consentimento do mesmo. Foi envolvida a família, a seu pedido, uma vez que reconhece a importância do seu apoio. Foi assegurada a confidencialidade da informação e só foi partilhada com a família após a sua permissão.

O Sr. J.C. e a família foram envolvidos nas discussões sobre o plano de reabilitação, tendo por base as suas necessidades, capacidades e preferências. Desta forma, com o seu envolvimento na planificação dos cuidados, permitiu definir os objetivos e metas a atingir, refletindo-se numa maior motivação e satisfação no processo de reabilitação. Foram ainda discutidas as necessidades de readaptação no domicílio e realizados ensinamentos e estratégias para o autocuidado de forma a preparar a alta.

As práticas de qualidade são sustentadas em evidências científicas e na experiência de peritos, visando alcançar soluções mais eficazes para as necessidades de saúde específicas das pessoas (Carinhas et al., 2013). O EE tem a função de assumir um papel de consultor na sua área de especialidade, e a título de exemplo, no estágio no serviço de internamento de Neurocirurgia, foi solicitado o parecer para a avaliação do reflexo de deglutição de um utente, no qual foi realizado com apoio do EEER orientador. Após a avaliação, utilizando uma norma de procedimento específica do serviço, verificou-se a presença de um reflexo de deglutição ineficaz, com necessidade de adaptação das consistências alimentares. A equipa de enfermagem, assim como os assistentes operacionais, foram prontamente informados, juntamente com a família. Foram

instruídos para a importância de um posicionamento correto e preventivo e para identificação de sinais de alarme de aspiração, contribuindo para uma abordagem cuidada e segura.

O artigo 112º dos deveres para com outras profissões, do CDE, refere que o enfermeiro como membro da equipa deve *“Integrar a equipa de saúde, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando, com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços”* (Lei n.º 156/2015). Desta forma, ao longo de todo o percurso, foi fundamental conhecer a equipa onde se desenvolvia o estágio, a sua organização e a equipa multidisciplinar, para poder partilhar conhecimentos e colaborar de forma eficiente. A participação nas passagens de turno foi essencial, pois permitiram uma reflexão conjunta sobre determinados problemas existentes nas pessoas internadas, eram partilhadas informações essenciais, debatidas diversas situações de cuidados e decididas intervenções mais apropriadas, tendo por base as preferências da pessoa e os recursos disponíveis.

A ética que orienta os cuidados do EE não é diferente da ética do enfermeiro de cuidados gerais. Existe uma especificidade no agir do EEER face às pessoas que assiste, muitas vezes consequentes de processos de saúde-doença, mas que não deixam de ser pessoas com dignidade e direitos, e por essa razão, os princípios, os valores e as normas deontológicas devem ser aplicadas de forma universal, seja qual for o contexto de cuidados (Deodato, 2016).

2.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

Com o objetivo de desenvolver competências neste domínio, foi traçado o seguinte objetivo específico: *“Desenvolver práticas de qualidade e programas de melhoria contínua nos locais de estágio”*.

O estágio é fundamental na transição de enfermeiro para EE, uma vez que permite compreender as dinâmicas próprias da sua intervenção, aprofundar e consolidar conhecimentos e capacidades de forma a promover o desenvolvimento de competências.

Os processos de integração nos diversos locais de estágio foram uma experiência positiva e facilitadora, com boa receção por parte das equipas, bem como por todos os EEER orientadores. A sua disponibilidade e experiência foram fundamentais para o desenvolvimento pessoal e profissional, proporcionando oportunidades contínuas de

aprendizagem, tornando o estágio dinâmico e promotor da expansão de conhecimentos e capacidades.

O EE tem como domínio de competências a promoção da melhoria contínua da qualidade nos cuidados de enfermagem. Nesse sentido, devem assumir a responsabilidade de orientação e educação da pessoa, família/cuidador informal, bem como de todos os profissionais de enfermagem, dada a sua especialização aprofundada e específica numa determinada área (Carinhas et al., 2013).

Qualidade em saúde é definida como *"a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão"* (Despacho n.º 5613/2015, p.13551).

A satisfação da pessoa é um dos fatores mais importantes para determinar o sucesso de um serviço de saúde. As opiniões face à experiência dos cuidados de saúde, assumem um papel preponderante, permitindo a introdução de ações de correção e melhoria contínua para aumentar a sua satisfação (Manzoor et al., 2019).

Para desenvolver competências ao nível da melhoria da qualidade, foi necessário aprofundar conhecimentos através de pesquisa bibliográfica, consulta de normas, projetos e protocolos já desenvolvidos nos serviços.

No serviço de internamento de Neurocirurgia, foi realizada uma reunião com os EEER e a enfermeira chefe, com o objetivo de identificar e analisar em conjunto áreas em que projetos específicos poderiam trazer benefícios tangíveis ao serviço. As trocas de ideias permitiram a identificação da necessidade de elaboração de uma norma de procedimento hospitalar (APÊNDICE 3) sobre a promoção do equilíbrio corporal em pessoas com lesão neurológica. Durante o estágio, foi observado consistentemente que a maioria das pessoas com lesão neurológica apresentava défice no equilíbrio corporal, comprometendo significativamente o desempenho das AVD, evidenciando a importância da existência de normas de procedimento específicas para abordar essa questão e melhorar a qualidade dos cuidados.

Esta iniciativa teve como objetivo atender a uma necessidade identificada, mas também como uma oportunidade de deixar um contributo significativo para o serviço, promovendo uma prática de cuidados de reabilitação padronizada e com base na melhor evidência científica.

A norma de procedimento hospitalar elaborada sobre os cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com equilíbrio corporal comprometido, fornece uma descrição abrangente dos conceitos fundamentais relacionados ao tema, a identificação e seleção criteriosa da escala de avaliação do equilíbrio corporal, inclui um conjunto de exercícios cuidadosamente selecionados após pesquisa bibliográfica, projetados para serem realizados no leito e nas posições sentada e ortostática. São exercícios adaptáveis e podem ser aplicados de forma personalizada para atender às necessidades individuais de cada pessoa, com o objetivo de melhorar o equilíbrio e a estabilidade corporal. Foram ainda identificados indicadores de estrutura, processo e resultado (OE, 2015d).

Após a sua elaboração, foi realizado um póster (APÊNDICE 4) e uma ação de formação (APÊNDICE 5) em serviço para apresentar o trabalho realizado, no qual foram destacados os principais conceitos e objetivos, apresentados os exercícios selecionados após a pesquisa, casos clínicos de forma a ilustrar a aplicabilidade da norma de procedimento e ainda a importância da inclusão de indicadores para avaliar a eficácia da mesma. Foi proporcionando um debate sobre o tema e esclarecimento de dúvidas.

A formação em serviço desempenha um papel fundamental na melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (Chaghari et al., 2017). Desta forma, contribui-se para uma prática baseada na evidência, melhora-se a qualidade dos cuidados de enfermagem, aumenta-se a satisfação dos profissionais, diminui-se complicações e contribui-se para a redução de custos associados aos cuidados de saúde (Melnik & Fineout-Overholt, 2019).

O EEER na procura permanente da excelência do exercício profissional, contribui para a organização dos cuidados e é elemento fundamental a existência de um sistema de registos que incorpore, entre os dados, os diagnósticos, intervenções e resultados dos cuidados de enfermagem de reabilitação (OE, 2011).

Neste sentido, no contexto de UCCI foi realizada uma reunião com o enfermeiro chefe e a EEER Orientadora, na qual se tornou evidente a existência de uma lacuna significativa nos registos de enfermagem de reabilitação, que não eram resultado apenas das limitações do sistema de registo utilizado (*Sisbit*), por ser pouco específico para as necessidades dos cuidados de reabilitação, mas também pela ausência de um referencial que servisse de suporte e guia para a realização dos registos. Deste modo, surgiu a necessidade da criação de um referencial de enfermagem de reabilitação de acordo com os diagnósticos de enfermagem do sistema informático. (APÊNDICE 6). De forma a colmatar esta limitação, desenvolveu-se um referencial com o objetivo de servir de guia

para uniformizar os cuidados, os registos, bem como a linguagem e intervenções dos EEER, contribuído para uma prática consistente e eficaz. A criação deste referencial de enfermagem de reabilitação é uma base para posteriormente desenvolver indicadores de qualidade que permitirão avaliar o desempenho, qualidade das intervenções e o impacto dos cuidados de reabilitação na saúde das pessoas, que em última instância irão permitir a identificação de oportunidades de melhoria (OE, 2015d). A qualidade dos cuidados está diretamente relacionada com a qualidade da informação disponível na prestação de cuidados (Pestana, 2016).

A elaboração de indicadores que possam refletir a influência dos cuidados de enfermagem especializados para a saúde das populações constitui uma base estrutural de reabilitação para a melhoria contínua da qualidade e para a excelência dos cuidados do exercício profissional do EEER (OE, 2015d).

O EEER nas suas competências "*participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais*" (Regulamento n.º 140/2019, p.4748). Segundo a MCEER (2014), assume um papel fundamental na identificação de situações de risco, na sua análise, proposta e criação de soluções para os problemas identificados.

O Plano Nacional para Segurança dos Doentes 2021-2026, refere que a segurança da pessoa é fundamental para garantir a qualidade dos cuidados de saúde (Despacho n.º 9390/2021). Essa garantia depende do compromisso da liderança em estabelecer diretrizes claras, da transparência na prática de cuidados, da comunicação eficaz entre os profissionais de saúde, da capacidade de aprendizagem com os erros, da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e de uma cultura que não atribui culpas e responsabilidades (Lebre et al., 2022).

No estágio no serviço de internamento de Ortopedia, existiu a oportunidade, juntamente com a EEER orientadora de analisar os registos informáticos de incidentes de queda do serviço, as suas causas e consequências. Como parte das competências comuns, o EE tem o dever de realizar a gestão e supervisão de cuidados, otimizar as respostas da sua equipa, visando a garantia da qualidade dos cuidados e, para além disso, como competência de Mestre, a capacidade de realizar julgamento/tomada de decisões e capacidade de compreensão e resolução de problemas (Bologna Working Group on Qualifications Frameworks, 2005; Regulamento n.º 140/2019). Nesse sentido, a EEER orientadora, uma vez por semana assumia a gestão e análise dos incidentes de queda. Ao realizar esta análise, detetou-se que grande parte das quedas ocorriam durante o turno da noite e em pessoas com desorientação. Assim, foi essencial realizar um plano de

ação, não só para capacitar a equipa multidisciplinar mas também os familiares/cuidadores informais, através de medidas preventivas, tais como, camas/cadeiras travadas, grades da cama elevadas, o plano da cama na posição mais baixa, garantir iluminação adequada com luz de presença e a campainha junto da pessoa, um ambiente físico organizado, chão livre de obstáculos e devidamente limpo, dispositivos de apoio à marcha em condições de utilização segura e falar com a equipa médica para um possível ajuste terapêutico (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2019). Para além disso, pessoas com alto risco de queda, devem se colocadas em áreas com maior vigilância e caso não seja possível, deve existir uma vigilância mais frequente (DGS, 2019).

Esta intervenção foi essencial para o enriquecimento do percurso formativo, destacando a importância do papel do EEER na gestão e supervisão dos cuidados para garantir cuidados de qualidade. É essencial saber analisar de forma crítica estes incidentes para posteriormente se poderem aplicar estratégias eficazes na prevenção das quedas, capacitar a equipa e a família/cuidadores informais, promover práticas seguras e centradas na pessoa e garantir a uniformização de cuidados.

É da competência do EE garantir um ambiente de trabalho seguro e terapêutico (Regulamento n.º 140/2019). É expectável que todos os profissionais de saúde possuam competências para promover a segurança das pessoas em todos os cuidados prestados. Deve ser uma preocupação, um objetivo e uma obrigação prática (Fernandes & Vareta, 2018).

Neste mesmo estágio, surgiu a oportunidade de participar num projeto que se encontrava em desenvolvimento e que englobava a necessidade da criação de um ginásio de reabilitação para pessoas submetidos a Prótese Total da Anca (PTA). Centrou-se em realizar uma fundamentação teórica com base na melhor evidência científica, sobre a importância e a necessidade da sua criação e identificar os ganhos que existiriam após a criação do mesmo (APÊNDICE 7). Este projeto surgiu com objetivo de preencher a lacuna existente nos cuidados de reabilitação pós-operatória e de melhorar os padrões da qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados, uma vez que, pessoas operadas à sexta-feira e ao sábado, só iniciavam programa de reabilitação na segunda-feira, atrasando todo o processo de recuperação e preparação para a alta. A fratura proximal do fémur é considerada uma das principais razões de incapacidade nos adultos e os programas de reabilitação personalizados são fundamentais para a recuperação física, diminuição do tempo de internamento e consequentemente redução dos custos (Riester et al., 2023; Sousa et al., 2023; Szilágyiné Lakatos et al., 2022). Além disso, é

uma preocupação devido à ocorrência de eventos adversos, que colocam em risco a segurança das pessoas, incluindo reações adversas como infeções (Toh et al., 2017).

Desta forma, é justificável a necessidade da existência de cuidados de reabilitação 7 dias por semana, garantindo cuidados de enfermagem de reabilitação diários e o início de um programa de reabilitação o mais precoce possível, garantindo a capacitação eficiente da pessoa e a preparação para a alta de forma a evitar internamentos prolongados.

Assim, foi desenvolvido um projeto com base na melhor evidência, contribuindo para o desenvolvimento de uma iniciativa que virá a ter impacto positivo na qualidade dos cuidados de reabilitação, através da obtenção de melhores resultados em saúde, diminuição do tempo de internamento e consequente redução de custos associados aos cuidados de saúde (Szilágyiné Lakatos et al., 2022).

Este projeto, alinhado com a melhoria contínua da qualidade, destaca a importância do papel do EE na promoção de práticas eficazes e na busca constante por soluções que potenciem a eficácia e a excelência nos serviços de saúde. A promoção da saúde e a eficácia na gestão hospitalar são elementos cruciais para garantir uma abordagem eficaz dos cuidados de saúde (Sousa et al., 2023).

2.1.3. Domínio da gestão dos cuidados

Para desenvolver competências neste domínio, foi traçado um objetivo específico: “Desenvolver competências de liderança e gestão dos cuidados de enfermagem, fundamentais à qualidade dos cuidados prestados”.

O EE enquanto gestor de cuidados, adequa os recursos existentes às necessidades de cuidados (Regulamento n.º 140/2019). Independentemente do nível de prestação de cuidados, no qual o enfermeiro exerce as suas funções, deve identificar os recursos existentes que sejam capazes de responder às necessidades da pessoa (OE, 2015c).

Ao longo do estágio, foram elaborados dois estudos de caso (APÊNDICES 8 e 9). Os estudos de caso são utilizados na formação de enfermagem porque ajudam os estudantes a aplicar na prática os conhecimentos e a tomada de decisão clínica, a desenvolver competências na avaliação, identificação de necessidades e elaboração de planos de cuidados individualizados, que vão ao encontro dos problemas identificados (O'Rourke & Zerwic, 2016).

Neste sentido, o EEER elabora planos de reabilitação diferenciados, baseado nas necessidades da pessoa, com o objetivo de promover a sua funcionalidade. Identifica o problema, prescreve, implementa, monitoriza e avalia as intervenções selecionadas, que melhor se adaptam aos problemas identificados. Pretende promover a prevenção de problemas, assegurar a funcionalidade, prevenir complicações e evitar incapacidades ou minimizar o impacto das incapacidades já existentes (OE, 2011).

No estágio da comunidade, na UCC, foi iniciado o acompanhamento da Sra. F.C. com 85 anos, previamente independente, submetida a um encavilhamento no membro inferior direito após uma queda no domicílio. Na primeira visita domiciliar, foi evidente a baixa adesão aos cuidados de reabilitação devido ao desconforto pós-operatório, ansiedade e receio de possíveis complicações. A filha, cuidadora informal, encontrava-se preocupada com o bem-estar da mãe e visivelmente ansiosa em relação ao processo de reabilitação.

Inicialmente, existiu uma abordagem centrada na pessoa, procurando compreender as suas preocupações e expectativas. Foi realizada uma avaliação holística, destacando o cuidado da pessoa como um todo, considerando não apenas as necessidades físicas, mas também emocionais, espirituais e sociais, e foi estabelecida uma comunicação empática, explicando de forma clara os benefícios dos cuidados de reabilitação para a recuperação da sua independência (Khasoha et al., 2020; Ventegodt et al., 2016).

Simultaneamente, foram desenvolvidas estratégias para envolver a filha, através de escuta ativa e suporte emocional. Foram percebidas as suas preocupações e fornecidas informações detalhadas sobre os cuidados necessários, de forma a delinear um plano de cuidados em parceria com a Sra. F.C. e a filha, para que pudesse ser implementado de forma eficaz. Ao longo das sessões, foi possível estabelecer uma relação de confiança com ambas, que permitiu a adesão da Sr. F.C ao plano de reabilitação e a capacitação da filha para desempenhar um papel ativo no processo de reabilitação. O enfermeiro na prestação de cuidados, deve potenciar e rentabilizar os recursos existentes, criando uma participação ativa da pessoa e da família (Decreto-lei n.º 161/96). Desta forma, foi possível otimizar, gerir cuidados e recursos disponíveis, promover um processo de reabilitação eficaz e um ambiente seguro e terapêutico.

Na procura da excelência do exercício profissional, o EEER procura prevenir complicações para a saúde das pessoas, referenciando-as a outros profissionais de saúde, sempre que a sua intervenção não seja suficiente para resolver o problema (Decreto-lei n.º 161/69). A título de exemplo, o Sr. M.C. com 38 anos, que consequentemente a um acidente de viação, ficou com alteração da consciência, score dez na Escala de Coma de Glasgow,

totalmente dependente nas AVD, com padrão espástico em todo o corpo e com necessidade de traqueostomia. Ao longo das sessões de reeducação funcional respiratória (RFR) e motora, juntamente com o EEER orientador, foram realizados exercícios de fortalecimento da musculatura respiratória e exercícios de treino da deglutição. O Sr. M.C. apresentava acessos de tosse pelas vias aéreas superiores, aparentemente eficazes, e era capaz de deglutir as secreções, o que indicavam um progresso da sua condição. De referir que apresentava controlo da cervical e já se encontrava com cânula interna fenestrada. Neste sentido, foi realizada a referenciação para a equipa de Otorrinolaringologia, de forma a perceber se existiam condições para realizar o processo de descanulação da traqueostomia. Após a avaliação, o pedido foi negado pela equipa médica, justificado pelo elevado volume de secreções que apresentava e pela limpeza das vias aéreas ineficaz. A continuidade dos exercícios e cuidados foi mantida para garantir o progresso do Sr. M.C. e melhorar a sua condição respiratória para possibilitar a futura descanulação.

Tento em conta a dependência de cuidados do Sr. M.C. e para garantir a continuidade de cuidados após a alta, foi equacionada a referenciação para uma Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Pela impossibilidade de decisão do próprio, esta referenciação foi baseada na avaliação das suas necessidades e foi discutida com a família, os EEER, os enfermeiros de cuidados gerais, equipa médica, fisioterapeutas e assistente social, ficando a aguardar o parecer da Equipa de Gestão de Altas. A referenciação deve ser encarada como uma continuação de cuidados, bem como do programa de reeducação funcional motora e respiratória iniciado no contexto hospitalar, pois o planeamento da alta hospitalar representa um momento fundamental para garantir a continuação e tratamento da recuperação dos cidadãos, com sucesso (Portaria n.º 38-A/2023).

É fundamental que exista uma comunicação entre as equipas multiprofissionais para melhorar a eficácia dos cuidados e favorecer a elaboração de planos de cuidados individualizados e eficientes, garantindo cuidados de qualidade e o bem-estar da pessoa. Na equipa de enfermagem é fundamental existir uma comunicação eficiente, sendo os registos clínicos uma ferramenta essencial para a continuidade de cuidados, que garantem as informações relacionadas com os cuidados de saúde da pessoa. Nos estágios hospitalares e no contexto de UCC, foram realizados registos no *SClinico* e na plataforma de RNCCI, garantindo registos claros e objetivos de modo a não suscitar dúvidas quando consultados. No contexto de UCCI, como já referido anteriormente, foi elaborado um referencial de enfermagem de reabilitação de acordo com os diagnósticos

de enfermagem do sistema informático *Sisbit*, de forma a garantir uma uniformização na linguagem, nos registos e nas intervenções do EEER, promovendo uma continuidade de cuidados uniforme e eficaz.

2.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Para desenvolver competências neste domínio, foi traçado o objetivo específico: “Desenvolver uma prática profissional suportada em princípios éticos, deontológicos e no conhecimento científico de maior evidência”.

Durante o decorrer do estágio, foi fundamental realizar uma reflexão introspetiva e contínua sobre as características individuais, tais como valores, formas de pensar e agir, atitudes, crenças, desejos, reconhecendo a influência no processo de cuidados de enfermagem de reabilitação. O enfermeiro distingue-se pela formação e experiência, que lhe permite analisar e compreender as características pessoais e perceber como estas podem influenciar as interações com as pessoas. Confrontar as características pessoais com as experiências vivenciadas em estágio, promoveu flexibilidade e capacidade em lidar com as diferentes perspetivas no ambiente de cuidados de saúde e respeitar as diferenças culturais, sociais e éticas, abstendo-se de juízos de valor (OE, 2002).

Nos processos de reabilitação, foi adotada uma visão holística, incluindo aspetos emocionais e funcionais da pessoa. Esta abordagem tornou-se mais completa tendo sido realizadas constates reflexões introspetivas de forma a evitar que os valores, crenças e características pessoais influenciassem o processo de reabilitação. No estágio, no serviço hospitalar de Ortopedia, foi possível trabalhar com o Sr. A.G. de 88 anos, submetido a uma PTA e a iniciar programa de reabilitação. Como foco e como crença pessoal destacava-se a importância da independência e autonomia, porém o Sr. A.G. encontrava-se ansioso e preocupado com a capacidade de ser independente novamente, tendo em conta a sua idade e algumas comorbilidades associadas. Nesta situação foi necessário realizar uma reflexão introspetiva para evitar que o foco no ganho da independência pudesse estar a influenciar e a pressionar a abordagem ao Sr. A.G. Foi necessário adotar uma abordagem centrada no utente, ouvindo as suas preocupações e medos e ajustar o programa de reabilitação ao tempo, ritmo e limitações individuais bem como aos seus objetivos e metas.

Cada processo de reabilitação é único e diferente, tendo o EEER o papel de apoiar a pessoa em todos os pequenos progressos e deve envolver ativamente a pessoa em todo o processo, considerando não só as suas limitações físicas, mas também as suas preocupações e expectativas.

O envolvimento da família é crucial para o sucesso da reabilitação, no entanto, ao longo dos estágios foi perceptível que muitas pessoas recusam o seu apoio, preferindo enfrentar todo o processo de forma independente. Apesar do envolvimento da família ser benéfico, respeitaram-se as decisões, embora não fosse ao encontro das opiniões pessoais da estudante e dos EEER orientadores.

Aprender a aceitar idiossincrasias não apenas enriqueceu a prática profissional, mas também fortaleceu a relação de confiança entre o enfermeiro, a pessoa e equipa multidisciplinar. Isto é fundamental não apenas para o bem-estar da pessoa, mas também para a eficácia e qualidade dos cuidados prestados (Regulamento n.º 140/2019).

A verdadeira excelência no exercício profissional, envolve uma reflexão constante sobre as dimensões emocionais e o respeito pelas decisões da pessoa, mas também exige uma pesquisa constante das evidências científicas atuais.

Ao longo dos estágios foi realizada pesquisa da melhor evidência para fundamentar a prática em enfermagem, baseada em evidência amplamente reconhecida como chave para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde (Chien, 2019). O EEER incorpora na prática clínica *“os resultados da investigação, as orientações de boas práticas de cuidados de enfermagem de reabilitação, baseados na evidência, considerados instrumentos imprescindíveis para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos EEER, e da qualidade dos cuidados prestados”* (OE, 2011, p.5). De forma a suportar a prática clínica em evidência científica, foi realizada uma revisão *scoping* sobre as intervenções do EEER na promoção do equilíbrio corporal após AVC. Esta revisão *scoping* permitiu aprofundar conhecimentos na evidência mais recente, visando ganhos em saúde e ainda tornar o EEER dinamizador e gestor de novos conhecimentos no contexto da prática clínica, contribuindo para o desenvolvimento de uma prática especializada (Regulamento n.º 140/2019).

A revisão *scoping*, foi publicada na revista científica *International Journal of Environmental Research and Public Health*, intitulada *“Current Trends in Balance Rehabilitation for Stroke Survivors: A Scoping Review of Experimental Studies”* (ANEXO 1) e surge como um marco importante no processo formativo, proporcionando uma

oportunidade única para a divulgação internacional do mapeamento dos resultados obtidos e contribuindo significativamente para a visibilidade e reconhecimento do trabalho desenvolvido. Posteriormente, foi ainda elaborado um póster (APÊNDICE 10) que foi divulgado nas IV Jornadas Científicas da Escola Superior Egas Moniz, realizadas em novembro de 2023, de forma a partilhar os resultados obtidos e promover o avanço do conhecimento sobre o tema. Nestas mesmas jornadas participou-se como colaboradora na comissão executiva e divulgou-se ainda um póster relativo à norma de procedimento hospitalar realizada, durante o estágio no serviço de Neurocirurgia, referida anteriormente (APÊNDICE 4).

O EE como formador oportuno em contexto de trabalho, diagnostica necessidades formativas através do seu conhecimento especializado (Regulamento n.º 140/2019). Neste contexto, no estágio de comunidade, em UCC, foi detetada a necessidade de realizar formação à equipa multiprofissional sobre as lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERT) e uma sessão de ginástica laboral (APÊNDICE 11) e ainda e foram realizados 2 posters que se afixaram na sala de trabalho (APÊNDICES 12 e 13). Foi realizada pesquisa bibliográfica, formação à equipa e foram apresentados dados e estatísticas atualizadas e recentes, tais como, 84% das LMERT serem em enfermeiros, considerando-se uma das classes profissionais mais afetada (Moura et al., 2019). Foram descritos os principais sintomas, consequências, fatores de risco e medidas preventivas de LMERT, seguida de uma sessão de ginástica laboral, com exercícios de alongamento da região cervical, tronco e membros. Esta formação teve como objetivo promover uma abordagem preventiva e proativa do bem-estar dos profissionais de saúde, minimizar incapacidades instaladas e evitar complicações (Regulamento n.º 392/2019).

No seguimento da prevenção das lesões musculoesqueléticas, foi realizado em parceria com uma UCC, um projeto intitulado “Mochila às Costas” que se implementou numa escola de 1º Ciclo em turmas do 1º ao 4º ano. A dinâmica incluiu ensinar as crianças a construir e jogar o “quantos queres?” (APÊNDICE 14) partindo de um formato elaborado pelo grupo de estudantes da especialidade em enfermagem de reabilitação, pesar as mochilas das crianças, identificar práticas incorretas e alertá-las para as suas consequências, e sensibilizar os pais entregando-se folhetos informativos para a promoção de hábitos posturais saudáveis e prevenção de lesões musculoesqueléticas na criança, direcionado para o peso e formato das mochilas (APÊNDICE 15).

A identificação destas situações e a sua prevenção são de extrema importância para a qualidade de vida destas crianças, visto que alterações posturais que se desenvolvem

nesta faixa etária, causam limitações musculoesqueléticas significativas na fase adulta (Resende et al., 2023).

No seguimento da busca constante de evidência científica para sustentar as práticas clínicas, evidencia-se também a norma de procedimento realizada no serviço de internamento de Neurocirurgia, já referida anteriormente, que permite uma prática profissional baseada nas melhores práticas e em conhecimento atualizado. Posteriormente à sua elaboração, participou-se com membro da comissão organizadora (ANEXO 2) e como preletora do tema num 1.º *Webinar* e Encontro Digital 2023/2024: "Reabilitação e Cuidados Respiratórios" (ANEXO 3) e ainda com a exposição e divulgação de póster sobre prevenção de lesões musculoesqueléticas em saúde (ANEXO 4), de póster sobre ginástica laboral (ANEXO 5) e de póster sobre a norma de procedimento apresentada, distinguindo-se como o melhor póster (ANEXO 6). Esta formação promoveu a atualização de conhecimentos dos enfermeiros e incutiu a integração da prática baseada em evidência científica.

Como dinamizador da incorporação dos novos conhecimentos, participou-se ainda no "Curso Avançado de Massagem Terapêutica e Aplicação de Bandas Neuromusculares", ministrado numa Escola Superior de Saúde, nos dias 10, 11, 17 e 18 de novembro de 2023, num total de 30 horas de contacto. Este curso permitiu a aquisição de novos conhecimentos relativamente à massagem terapêutica, muitas vezes utilizada durante os programas de reabilitação e ainda a introdução da aplicação de bandas neuromusculares (ANEXO 7).

Estas atividades realizadas permitem a aquisição de competências do EE, bem como a igual aquisição dos Descritores de Dublin referentes ao grau de Mestre, sendo demonstrado conhecimento e capacidade de compreensão a um nível que permitiu o desenvolvimento de novas abordagens, contribuindo para a criação de intervenções originais em contexto de investigação (Bologna Working Group on Qualifications Frameworks, 2005).

2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

As competências específicas do EEER vão permitir conceber, implementar e monitorizar "*planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida*

permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial da pessoa" (Regulamento n.º 392/2019, p.13565).

Estas competências encontram-se divididas em três domínios que se correlacionam na intervenção do EEER: *"cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa"* (Regulamento n.º 392/2019, p.13566).

Para o desenvolvimento destas competências, foram estabelecidos objetivos específicos. Serão descritas e analisadas as atividades que foram realizadas em estágio de modo a concretizar estes objetivos e a permitiram o desenvolvimento das competências específicas do EEER e as competências previstas nos descritores de Dublin do 2º Ciclo.

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

Para desenvolver as competências neste domínio, foram delineados como objetivos específicos: "Praticar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação às pessoas com alteração do equilíbrio corporal após AVC, bem como à família/ cuidador"; "Potenciar a autonomia funcional das pessoas com incapacidades e limitações nas AVD, nomeadamente com alteração do equilíbrio corporal após AVC, para uma maior independência, participação na sociedade e reinserção na vida familiar e social".

O EEER como detentor de conhecimentos e técnicas específicas da sua área de especialidade, tem a capacidade de ajudar as pessoas que apresentam dependências no autocuidado, consequentes de processos de doença, com o objetivo de melhorar as suas capacidades funcionais, promover a sua independência e maximizar a satisfação da pessoa (Regulamento n.º 392/2019).

A sua intervenção tem como finalidade realizar um diagnóstico precoce para prevenir complicações, evitar incapacidades e implementar intervenções terapêuticas que visam a capacitação da independência funcional (Regulamento n.º 392/2019). Promover a

funcionalidade, prevenir, reduzir e adiar as incapacidades contribuem para melhorar a qualidade de vida da pessoa (Decreto-Lei n.º 101/2006).

A avaliação inicial é a primeira etapa do processo de enfermagem e é fundamental na prestação de cuidados de enfermagem com qualidade, pois, permite criar uma relação empática com a família e a pessoa, facilitadora para todo o processo de reabilitação e identificar as necessidades e prioridades de implementação dos cuidados de enfermagem de reabilitação a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco e respiratório, alimentação, da eliminação e da sexualidade (Regulamento n.º 392/2019).

Na realização de uma avaliação abrangente em enfermagem, a utilização de instrumentos de colheita de dados específicos, como escalas, desempenha um papel fundamental. Estas escalas são essenciais para documentar os cuidados especializados, de forma a garantir a continuidade dos cuidados e avaliar os ganhos em saúde que advêm da intervenção do EEER. As escalas são elementos-chave que caracterizam a condição de saúde de maneira clara e objetiva. Oferecem uma visão aprofundada da resposta humana às transições decorrentes da dependência para a autonomia e do processo terapêutico ou de desenvolvimento ao longo do ciclo de vida (OE, 2016).

Para a elaboração dos estudos de caso foram utilizadas diversas escalas. Para realizar a avaliação neurológica, foi utilizada a escala de Coma de Glasgow, que descreve objetivamente a extensão do comprometimento da consciência em todas as pessoas e avalia três parâmetros da responsividade: abertura ocular, respostas motoras e verbais (Jain & Iverson, 2023; Taesdale & Jennett, 1974). Foi avaliada ainda a orientação, atenção e a memória com recurso ao MiniMental State, a linguagem, as capacidades práticas, a existência de negligência hemiespacial unilateral e ainda os 12 pares cranianos (Folstein et al., 1975).

Na avaliação da motricidade, foi avaliada a força muscular através da escala Medical Research Council (MRC), o tônus muscular utilizando a Escala Modificada de Ashworth, a coordenação motora através do prova índice-nariz e da prova calcanhar Joelho, a avaliação da sensibilidade superficial, térmica, dolorosa e da sensibilidade profunda e a avaliação do equilíbrio corporal utilizando a Escala de Equilíbrio de Berg, que avalia o equilíbrio funcional através da execução de 14 tarefas de dificuldade variada (Berg et al., 1992; Bohannon & Smith, 1987; Menoita et al., 2012; MRC, 1976). Foi realizada a avaliação do risco de queda através da Escala de Quedas de Morse, a avaliação da independência através do Índice de Barthel, que avalia o nível de independência da pessoa para a realização de dez atividades básicas de vida e de Medida de Independência

Funcional que avalia o grau de capacidade/incapacidade funcional da pessoa avaliando o seu desempenho e a necessidade de cuidados exigida para a realização de determinadas tarefas de vida diária (Granger et al., 1986; Mahoney & Barthel, 1965; DGS, 2019). Para avaliar a função respiratória foi aplicada a Escala de Borg modificada que avalia a intensidade da sensação de dispneia (Borg, 1982).

Estes instrumentos de avaliação, permitem garantir uma visão holística da pessoa, detetar alterações a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação e da eliminação, e comparar a evolução da pessoa ao longo das sessões de enfermagem de reabilitação. Oferecem ainda, dados mensuráveis para projetos de pesquisa, contribuindo para a construção de práticas baseadas em evidência e para o avanço do conhecimento na área de enfermagem de reabilitação.

Destaca-se a intervenção realizada durante o estágio em UCC, no estudo de caso com a Sra. M.R., de 71 anos, com o diagnóstico de AVC hemorrágico cerebeloso, no qual passou por internamento hospitalar, lar, UCCI-UMDR e posteriormente em UCC, no qual foi realizada a sua admissão (APÊNDICE 9).

A Sra. M.R. encontrava-se consciente, orientada e colaborante. Foi realizada a avaliação inicial, identificadas as alterações presentes, os fatores de risco e foram aplicadas diversas escalas para avaliar a sua funcionalidade e nível de dependência, nomeadamente a escala de avaliação da força muscular (escala MRC), do tônus muscular (escala de Ashworth), do equilíbrio corporal (escala de Berg), do risco de queda (escala de Morse), da avaliação do grau de dependência (índice de Barthel) e da capacidade/incapacidade funcional da pessoa (Medida da Independência Funcional).

Com base nos resultados da avaliação inicial, foram elaborados planos de intervenção em parceria com a própria e o marido, seu atual cuidador informal, de forma reeducar as funções alteradas, eliminar e minimizar as incapacidades instaladas e os fatores de risco. Todo o processo teve em conta o seu bem-estar, a sua segurança, qualidade de vida, preferências, objetivos e resultados esperados. Todas as intervenções planeadas foram discutidas com o EEER orientador, de forma a garantir uma abordagem correta e eficiente.

No primeiro contacto foram detetadas várias incapacidades, nomeadamente a nível do equilíbrio corporal, descoordenação motora, da força do hemicorpo direito, motricidade fina e visão, devido à presença de nistagmo horizontal. Estes défices impossibilitavam a Sra. M.R. de ser autónoma, apenas deambulava com a cadeira de rodas ou andarilho apesar de muita dificuldade, apresentado assim um elevado risco de queda. Para os

autocuidados vestir e despir, higiene, uso de sanitário e transferências, necessitava de ajuda praticamente total do marido.

Para o treino de equilíbrio corporal, utilizou-se como base a norma de procedimento hospitalar referida anteriormente e exercícios evidenciados pela revisão *scoping*. Numa fase inicial foram realizados exercícios no leito com recurso a exercícios isotónicos, anteroversão-retroversão da bacia, elevação pélvica, elevação pélvica com bola suíça, rolamentos e oscilação pélvica. Na posição de sentada foram realizados exercícios em cadeira e bola suíça, apoio de cotovelo bilateralmente, facilitação cruzada, transferência de peso unilateral, alcance de um objeto em várias direções, aplicação de uma resistência na utente para incentivá-la a regressar à posição inicial e ainda a correção postural em frente ao espelho. Na posição ortostática, foram realizados exercícios como o sentar-levantar, cadeias cinéticas abertas e fechadas com exercícios nos membros inferiores e correção postural em frente ao espelho (Ahmed, et al., 2021; Bigoni et al., 2021; Cabanas-Valdés et al., 2021; Pandian et al., 2014; Wagh et al., 2017).

Para melhorar a coordenação motora foram realizados exercícios como passar a bola de uma mão para a outra aumentando gradual a velocidade, atirar a bola contra a parede ou para o enfermeiro e vice-versa e exercícios com elásticos para aumentar a resistência (Leite et al., 2009; Su et al., 2022). Para melhorar a força muscular foram realizados exercícios musculares ativos e ativos resistidos no hemicorpo direito e resistido no hemicorpo esquerdo, em todos os segmentos (Faria et al., 2021). Para aprimorar a motricidade fina foram realizados exercícios com molas, feijões e recorte de papel (Park & Son, 2022). Para treinar a marcha e os autocuidados foi fundamental o treino de equilíbrio corporal e reforço muscular que garantiu maior segurança à própria (Stotz et al., 2023)

Para melhorar o nistagmo foi pedido que olhasse fixamente para um ponto que estava à sua frente e era aumentado o tempo de fixação progressivamente para períodos mais longos, olhar fixamente para um ponto e ao mesmo tempo mover a cabeça lentamente para um lado e para o outro e ainda treino de leitura de forma lenta com pausas regulares (Júnior et al., 2014).

Ao longo das sessões, foram realizados ensinamentos à Sra. M.R. e ao marido, com foco especial nos fatores de risco e barreiras arquitetónicas identificadas, e nas estratégias para alteração das mesmas. As intervenções implementadas, permitiram cuidar da pessoa, capacitá-la na adaptação às limitações que apresentava, ganho de autonomia e menor grau de dependência. Após as diversas sessões já demonstrava equilíbrio sentado

e ortostático com apoio mínimo, deambulava, subia e descia escadas apenas com apoio de corrimão, usava o sanitário de forma independente, e realizava os cuidados de higiene sentada em cadeira de banho, vestia-se e despia-se, apenas necessitando de apoio nas transferências. Este processo permitiu a sua reintegração na sociedade, melhorar a sua qualidade de vida e bem-estar.

No contexto hospitalar foi possível realizar a promoção dos autocuidados de forma mais pormenorizada, uma vez que a pessoa apresenta maior grau de dependência. Foi possível ensinar, instruir e treinar os cuidados pessoais, higiene, o vestir e despir, transferências, a alimentação e a eliminação vesical e intestinal, promovendo assim uma recuperação mais rápida e eficaz. A nível da eliminação vesical foi possível ainda realizar ensinamentos a uma pessoa paraplégica sobre a técnica de esvaziamento vesical de forma a permitir a adaptação à sua nova condição de vida. Para o treino das AVD foi fundamental ter em conta não só os hábitos e costumes da pessoa, mas também a disposição arquitetónica a nível do domicílio, para garantir a adaptação da sua rotina diária.

A promoção do autocuidado higiene, vestir e despir, transferências e eliminação, demonstra a importância da intervenção do EEER, não só pelos cuidados prestados, mas também pela capacitação da pessoa de forma diminuir o risco de queda.

É fundamental realizar uma avaliação das necessidades de pessoas, mas também avaliar o seu potencial para a realização do autocuidado, tendo em conta o seu potencial físico, cognitivo, social e psicológico. Perante estas avaliações será possível identificar recursos necessários facilitadores do autocuidado (por exemplo, produtos de apoio) promovendo uma maior independência e ainda ser facilitador para o papel de prestador de cuidados (Petronilho et al., 2021).

A nível da alimentação foi realizada a capacitação da pessoa com recursos a *“produtos de apoio (anteriormente designados de ajudas técnicas) qualquer produto, instrumento, equipamento ou sistema técnico usado por uma pessoa com deficiência, especialmente produzido ou disponível que previne, compensa, atenua ou neutraliza a limitação funcional ou de participação”* (Decreto-Lei n.º 93/2009, p. 2276). Durante o estágio realizado na UCCI, foi possível utilizar alguns instrumentos adaptados às limitações da pessoa, tais como talheres, pratos e copos adaptados, que garantiram a promoção de uma alimentação independente e digna, mas também melhoria na qualidade de vida e no bem-estar. Neste domínio de intervenção também foi avaliada a deglutição ao longo dos estágios. No serviço de internamento de neurocirurgia foi utilizada a norma do serviço baseada no teste de GUSS (*Gugging Swallowing Screnn*) e foram desenvolvidos planos

de cuidados com objetivo de melhorar a função da deglutição e evitar complicações, tendo por base a instrução de técnicas posturais, exercícios musculares com os lábios, língua, mandíbula, bochechas, úvula e mobilidade laríngea e ajuste da consistência alimentar (Alves & Andrade, 2017; Moreira et al., 2021; Steenhagen & Motta, 2006).

A nível de RFR foi possível elaborar planos de cuidados em diversas situações como desmame de oxigenoterapia e treino de técnicas de limpeza das vias aéreas. A título de exemplo é o caso uma utente internada no serviço de Neurocirurgia, que se encontrava desorientada no tempo, no espaço e na pessoa, com antecedente pessoal de demência e que nem sempre aderiu ao plano de cuidados. Encontrava-se sob oxigenoterapia por máscara de *Venturi*, com fluxo de oxigénio de 35% (8l/min), polipneica (frequência respiratória: 35 cpm), com uma respiração predominantemente abdominal, simétrica, superficial, com presença de secreções, no qual não conseguia mobilizar por apresentar uma tosse pouco eficaz. Neste sentido, realizou radiografia torácica que indicou presença de secreções predominantemente à direita e foi solicitado a realização de uma gasometria à equipa médica, que validou o início do desmame de oxigénio, tendo um alvo de saturações periféricas superiores a 92%. Foi realizada auscultação torácica ao longo do programa e foi possível perceber que a utente apresentava murmúrio vesicular diminuído no hemitórax direito com presença de roncos na base. No entanto, no hemitórax esquerdo o murmúrio vesicular estava ligeiramente diminuído sem presença de sons adventícios.

Iniciou-se o programa com técnicas de descanso e relaxamento, consciencialização, controlo e dissociação dos tempos respiratórios, respiração diafragmática, reeducação diafragmática, reeducação das hemicúpulas diafragmáticas sem resistências, reeducação costal global e seletiva (Ferreira et al., 2018). Na limpeza das vias aéreas apenas foi possível realizar a drenagem postural, manobras acessórias com percussão, vibração e compressão pela pouca colaboração da própria (Ferreira et al., 2018). Foi possível realizar desmame gradual de oxigénio, conseguindo após 4 sessões de RFR, apresentar-se eupneica sem aporte de oxigénio e com tosse eficaz, conseguindo expelir as secreções de forma autónoma.

As estratégias de reabilitação neurosensorial em fases iniciais de recuperação após lesão cerebral grave, são fundamentais na medida em que pretendem melhorar a atenção e estimular a pessoa para que tenha consciência de si mesmo e do ambiente que a rodeia, de forma a poder interagir com ele (Attwell et al., 2019).

Nesta área de intervenção, foi possível realizar estimulação visual, auditiva, tátil, do paladar e do olfato no Sr. M.C, já mencionado anteriormente. Foram colocadas várias fotografias da filha, da família e amigos no seu quarto e eram mostradas diversas vezes, no qual apresenta sempre um olhar fixo sobre as fotografias. Além disso, um vídeo da filha foi apresentado pelos familiares, resultando em lágrimas, demonstrando reação emocional à estimulação visual.

Para a estimulação auditiva foram selecionadas as músicas preferidas do Sr. M.C., no entanto não houve reação por parte do mesmo, assim como a nível tátil foram colocadas nas suas mãos vários objetos de diferentes texturas, mas sem resposta significativa. Neste sentido, foram ainda prestados cuidados de higiene e conforto em maca de banho assistido, de forma a estimular os recetores táteis da pele através da passagem da água. Nestes momentos era aproveitado para realizar massagem relaxante e mobilizações passivas, no qual foi possível observar menor resistência nas mobilizações e ver o Sr. M.C. calmo e sereno, beneficiando dos efeitos relaxantes e terapêuticos desta intervenção.

Para estimular o olfato foi solicitado à família para trazerem perfumes ou aromas familiares ao Sr. M.C. Embora não tenha havido uma reação visível imediata, esta abordagem tinha como finalidade ajudar a despertar memórias agradáveis e proporcionar conforto emocional ao utente. A nível do paladar a família referiu que o mesmo adorava café e nesse sentido foram colocadas pequenas gotas de café na língua e foi notória a sua reação, não só pelo seu fâcies mais feliz, mas também pelos movimentos de degustação que anteriormente nunca se tinham observado. O Sr. M.C. era alimentado por Gastrostomia Endoscópica Percutânea.

Para além das todas as doenças crónicas e agudas, o envelhecimento é um processo natural e acentuado na população que pode trazer limitações funcionais, cognitivas ou até mesmo depressão. Estas condições podem levar a acidentes como a queda, e trazer graves consequências à pessoa (Valcarenghil et al., 2011). A função cognitiva é fundamental para a independência funcional à medida que as pessoas envelhecem, por isso, é essencial estimular o funcionamento cognitivo das pessoas para prevenir o seu declínio (Murman, 2015). Durante o estágio na UCCI foram realizados vários jogos de memória, compreensão e correspondência, que não só permitia a estimulação cognitiva da pessoa, assim como a promoção de um ambiente de diversão, interação e entretenimento (Gonçalves et al., 2019).

A intervenção do EEER é fundamental para proporcionar cuidados personalizados, promover a recuperação e reintegração social, melhorar a qualidade de vida e independência funcional das pessoas (Regulamento n.º 392/2019). A abordagem holística e o uso de estratégias fundamentadas em teorias reconhecidas, como a Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem, evidenciam a importância e a eficácia da atuação do EEER na promoção da saúde e na reabilitação de pessoas com condições complexas e multifatoriais.

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

Para desenvolver as competências neste domínio, foi delineado como objetivo específico “Potenciar a autonomia funcional das pessoas com incapacidades e limitações nas AVD, nomeadamente com alteração do equilíbrio corporal após AVC, para uma maior independência, participação na sociedade e reinserção na vida familiar e social”.

A pessoa com deficiência é considerada aquela que, *“por motivo de perda ou anomalia, congénita ou adquirida, de funções ou de estruturas do corpo, incluindo as funções psicológicas, apresente dificuldades específicas suscetíveis de, em conjugação com os fatores do meio, lhe limitar ou dificultar a atividade e a participação em condições de igualdade com as demais pessoas”* (Lei n.º 38/2004, p.5232).

Tal como é referido pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, este conceito correlaciona-se com a incapacidade, uma vez que, na sua definição, não inclui apenas a pessoa com deficiência, mas também a pessoa com *“limitações da atividade ou restrição na participação”* (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2004, p.7).

O cuidado em relação à incapacidade tem como principal objetivo, ajudar a pessoa a melhor a sua condição, seja por meio da cura ou da adaptação, para facilitar a mudança de comportamento e promover a sua funcionalidade (OMS, 2004). Neste sentido, em termos legais e de acordo com a Constituição da República *“todo o cidadão tem direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover. Para garantir esse direito, é da responsabilidade do Estado assegurar o acesso a uma saúde preventiva, curativa e reabilitação”* (Assembleia da República, 2005).

Os enfermeiros desempenham um papel fundamental neste contexto. Segundo o artigo 102º do CDE, o enfermeiro assume o dever de “*salvaguardar os direitos da pessoa com deficiência e colaborar ativamente na sua reinserção social*” (Lei n.º 156/2015, p. 8079). Assim, o enfermeiro deve ter por base os défices do autocuidado da pessoa, de forma a adequar a sua ação, métodos de auxílio e compreensão do papel da pessoa no autocuidado, permitindo maximizar a sua funcionalidade (Orem, 2001).

O internamento hospitalar por doença aguda ou crónica, provoca um declínio físico, influenciando a capacidade da pessoa em ser independente. Os enfermeiros são os primeiros a notar a perda de funcionalidade da pessoa internada e os EEER são fundamentais na medida em que promovem ganhos de saúde em todos os contextos da prática, previnem e recuperam incapacidades já instaladas, capacitando a pessoa a uma maior independência (Edemekonh et al., 2023; OE, 2011).

Neste sentido, no processo de reabilitação e baseado na TDAC, é essencial capacitar a pessoa e a família/cuidador informal e esclarecer o papel do EEER nas situações em que o autocuidado ou o cuidar do outro não seja possível. O EEER poderá substituir temporariamente ou definitivamente a pessoa no autocuidado, compensando as suas incapacidades, dar apoio e assistência, instruir e treinar, ou apenas ensinar e supervisionar, garantindo a realização correta das AVD (Orem, 2001).

O termo AVD é subdividido em 2 grupos, as atividades básicas de vida diária, que englobam a higiene pessoal, o controlo da eliminação vesical e intestinal e o uso de sanitários, o vestuário, a alimentação, a locomoção e a transferência, e o grupo das atividades instrumentais de vida diária, que se refere à capacidade da pessoa realizar a própria gestão da sua vida, nomeadamente preparar as refeições, ir às compras, realizar as tarefas domésticas, gerir dinheiro e medicação (Edemekonh et al., 2023; MCEER, 2011).

O treino das AVD faz parte dos programas de reabilitação e devem ser treinadas todas as capacidades das pessoas através do recurso a estratégias/produtos de apoio, proporcionando a possibilidade de adquirir o máximo de funcionalidade (MCEER, 2011).

Durante os estágios foi possível realizar o treino de AVD com vários utentes. O treino da higiene pessoal foi adaptado de acordo com as necessidades individuais de cada pessoa.

Para pessoas com grau elevado de dependência, acamados ou com presença de limitações no equilíbrio corporal e na mobilidade, foi realizado higiene no leito e em maca de banho assistido procurando sempre o seu envolvimento e valorizando qualquer tentativa de colaboração. Na maca de banho assistido era realizada massagem e

mobilizações nos membros, uma vez que, o calor e a pressão da água ajudam no alívio da dor, na redução de edemas e na facilidade de movimento, principalmente em pessoas com presença de espasticidade (Hinman et al., 2007). No estágio no serviço de internamento na Neurocirurgia existiu ainda a possibilidades de aplicar talas de pressão insuflável que contribuem para a redução da espasticidade e permitem promover padrões posturais corretos (Johnstone, 1989).

O Sr. M.C. referido anteriormente, apresentava um grau elevado de espasticidade, tornando-se fundamental prestar cuidados de higiene em maca de banho assistido. Ao longo da higiene e após realização de mobilizações passivas, foi possível perceber uma redução significativa da espasticidade, e para além disso, não apresentou sinais de dor à mobilização. Após os cuidados de higiene, foram colocadas as talas de pressão de forma intermitente nos membros superiores, que promoveram o aumento da amplitude do movimento e uma melhoria na postura, demonstrando resposta positiva à sua aplicação.

Na pessoa capaz de participar ativamente nas AVD, porém com limitação na sua capacidade e com equilíbrio corporal comprometido, os cuidados de higiene eram realizados com auxílio de cadeira de banho, promovendo as capacidades funcionais. A cadeira de banho permitiu proporcionar um ambiente mais seguro e confortável para realizar a higiene pessoal de forma mais independente possível e o ganho da sua própria confiança. Foi ensinado, instruído e treinado a utilização da forma correta, para garantir a sua segurança, e ainda foram utilizados produtos de apoio como barras de apoio para garantir estabilidade adicional.

Na situação em que a pessoa é independente ou necessita de apoio reduzido, mantendo equilíbrio corporal e capacidade para realizar marcha, a higiene pessoal era realizada na casa de banho de forma livre independente, com supervisão, fornecendo o suporte necessário.

Na higiene pessoal foram treinados não só os cuidados do banho, mas também atividades que promovem o bem-estar e autoestima da pessoa, como o vestuário, escovar os dentes, pentear o cabelo e fazer a barba, preferencialmente em frente ao espelho para reforçar uma autoimagem positiva.

Nas transferências, e de acordo com os graus de dependência da pessoa, foi ensinado, instruído e treinado com a família/cuidador informal, a utilização de diversos materiais de apoio. Foi utilizada a tábua de transferência quando existia equilíbrio de tronco e força nos membros superiores, o cinto de transferência quando existia necessidade de apoio mínimo pela diminuição da força muscular nos membros inferiores e o elevador para

peessoas sem força nos membros inferiores, sem equilíbrio corporal, obesidade, diminuição da capacidade cognitiva para colocar-se na posição ortostática e em situações de presença de dor e incapacidade de mobilização das articulações (Araújo et al., 2023).

No treino de marcha foi utilizado essencialmente o andarilho convencional e as canadianas. O andarilho para uma fase inicial do treino de marcha em pessoas que apresentavam uma marcha irregular, descoordenação motora, diminuição generalizada da força e ainda alterações do equilíbrio corporal. Como exemplo, no estudo de caso realizado (APÊNDICE 8) com o Sr. A.M., que apresentava diminuição do equilíbrio corporal e descoordenação motora, foi possível iniciar treino de marcha com andarilho, melhorando gradualmente a sua capacidade de andar e o equilíbrio corporal. Foi também utilizado em pós-operatórios no estágio no serviço de Ortopedia, no qual se realizou treino de marcha em pós-operatórios de encavilhamentos do fémur e em próteses totais da anca e do joelho. Numa fase posterior quando era observado um aumento de força nos membros inferiores e melhoria no equilíbrio corporal, era iniciado treino de marcha com canadianas. Este treino tinha como objetivo uma reabilitação mais funcional e preparar a pessoa para atividades mais complexas, como subir e descer escadas. Com isto, o objetivo era preparar a pessoa para o regresso a casa, realizar as AVD com o maior grau de autonomia e em segurança, e ainda uma readaptação à vida cotidiana sem dificuldades significativas.

Foi também utilizado no estágio em UCC o tripé na Sra. M.R., que não se adaptou, apresentando maior desequilíbrio e insegurança na marcha.

Com o treino das transferências e de marcha era também incentivado ao uso da casa de banho para eliminação vesical e intestinal sempre que a pessoa apresentasse capacidade. Em algumas situações foi introduzido a arrastadeira e o urinol em vez do uso de fralda, especialmente em pessoas com mobilidade reduzida que limitavam o acesso à casa de banho, e desta forma era garantido um maior grau de independência à pessoa. Também foi ensinado, instruído e treinado alguns exercícios para a musculatura pélvica, micção cronometrada para ajudar a pessoa a recuperar o controlo da bexiga, esvaziamentos vesicais, e ainda incentivo da diminuição da ingestão hídrica antes de dormir. Para a incontinência intestinal foi ensinado, instruído e treinado alguns exercícios para a musculatura pélvica, incentivado à mudança de hábitos alimentares, programar um horário para evacuar, e caso não fosse eficaz, incentivar a ir à casa de banho após as refeições ou sempre que sentisse vontade (Dawson et al., 2018).

Em contexto domiciliário, especialmente em pessoas com PTA foi recomendado o uso de um alteador de sanita. A título de exemplo, uma utente que enfrentava várias frustrações por ter de evacuar e urinar na fralda e no leito, porque não se conseguia sentar na sanita pelo medo de cair, dor e diminuição da força muscular. Para além disso tinha consciência da sua dependência e sobrecarga na filha, atualmente a sua cuidadora informal face à sua nova condição. Após a prescrição do alteador, e de várias sessões de reabilitação, já se deslocava sozinha à casa de banho e já se conseguia sentar na sanita com facilidade e em segurança. Este progresso melhorou não só sua qualidade de vida, como a carga emocional e física na filha.

Na alimentação existem produtos de apoio que facilitam a ingestão da alimentação e da hidratação e permitem que a pessoa o faça de forma independente. No estágio de UCCI foi possível fazer o uso de alguns desses produtos e sempre que possível e em outros contextos de estágio, que não existiam esses produtos de apoio, era comunicado à família/cuidador informal a necessidade e os benefícios de adquirirem esses mesmos produtos para a pessoa, nomeadamente pratos antiderrapantes, copos adaptados, engrossadores de cabo de talheres, talheres com ligeira angulação de forma a facilitar a introdução na boca e ainda talas de mãos para talheres em casos de dificuldade na preensão (Araújo et al., 2023).

Ao longo de todos os estágios e como parte essencial do trabalho do EEER, foi capacitado não só a pessoa, mas também a família/cuidador informal nas diversas AVD. Foi perceptível que após um processo de doença, com internamento prolongado, predominantemente após um AVC, as pessoas apresentavam maior grau de dependência, requerendo cuidados adicionais. Isto implicava que quando a pessoa regressasse ao domicílio, existisse uma mudança significativa na dinâmica familiar ou pessoas próximas, assumindo papéis de cuidadores informais.

Neste sentido, e sendo um cuidador definido pela CIPE como *“aquele que assiste na identificação, prevenção ou tratamento da doença ou incapacidade; aquele que atende às necessidades de um dependente”* é fundamental que ao longo do processo de reabilitação seja um foco de atuação, para garantir a satisfação das AVD após o regresso ao domicílio (CIE, 2019).

Tornou-se fundamental a preparação dos cuidadores informais na adoção de estratégias de adaptação às novas circunstâncias, incluindo as barreiras arquitetónicas nos domicílios, para a criação de condições que ajudem quer a pessoa dependente quer a família/cuidador informal. O EEER desempenha um papel fundamental na criação destas

condições, identificando e criando estratégias para eliminar barreiras arquitetônicas e fatores de risco que possam influenciar a segurança da pessoa. É crucial sensibilizar a família/cuidador informal sobre a presença de barreiras arquitetônicas e os riscos associados a estes, promovendo a criação de ambientes mais acessíveis e seguros.

A título de exemplo, a Sra. M.R. no seu domicílio apresentava pouco espaço para deambular, tapetes, baixa luminosidade e fraca disposição do mobiliário, o que dificultava na passagem da sala para a cozinha obrigando-a a levantar o andarilho. Esta estratégia comprometia a sua segurança, e nesse sentido, foi aconselhado o marido a minimizar ou eliminar as barreiras arquitetônicas identificadas, para garantir um ambiente mais seguro e capacitador para a Sra. M.R.

Em todas as pessoas com necessidade de utilização de produtos de apoio, era conversado com a pessoa, família/cuidador informal sobre a necessidade de os adquirir. Apesar do EEER ter a competência de ensinar, instruir, treinar, selecionar, prescrever esses produtos de apoio, era reforçado que a comparticipação económica dos mesmo ficava ao abrigo de uma prescrição médica (Despacho n.º 7197, 2016).

Potenciar a capacidade funcional da realização das AVD, especialmente após AVC, é fundamental para alcançarem o maior grau de independência e participação na sociedade. Isso envolve a implementação de estratégias de reabilitação direcionadas aos défices da pessoa e o uso de produtos de apoio projetados para facilitar as tarefas diárias. O equilíbrio corporal afetado pode impedir a realização das tarefas referidas anteriormente e o uso de produtos de apoio fornece um suporte adicional e segurança, permitindo a inclusão social e participação ativa na sociedade.

Todas as pessoas, independentemente das suas diferenças ou condições, devem poder participar e se envolver na sociedade, contribuindo para uma comunidade mais diversificada e inclusiva (Holanda et al., 2015).

Compete aos EEER promover a inclusão social das pessoas com limitações funcionais decorrentes de um processo de doença, mostrando as possibilidades de viver com plenitude em todas as áreas da vida, valorizando a diversidade e o respeito pela diferença (Machado et al., 2016).

O EEER deve possuir um conjunto de competências que incluem, a capacidade de compreensão, o conhecimento e a aplicação dos mesmos para resolução de problemas de situações novas, o julgamento e tomada de decisão em situações complexas. Estas competências são essenciais para garantir uma prática profissional eficaz, possibilitando

atender às necessidades das pessoas tendo em conta as suas condições individuais (Bologna Working Group on Qualifications Frameworks, 2005).

2.2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

Para desenvolver as competências neste domínio, foram delineados como objetivos específicos: “Potenciar a autonomia funcional das pessoas com incapacidades e limitações nas AVD, nomeadamente com alteração do equilíbrio corporal após AVC, para uma maior independência, participação na sociedade e reinserção na vida familiar e social”; “Maximizar a capacidade funcional da pessoa através da conceção e implementação de programas de treino”.

O EEER na sua prática clínica busca promover os mais altos níveis de funcionalidade da pessoa no seu respetivo ambiente, com o objetivo de facilitar a sua reinserção social, tendo em conta a sua nova realidade de vida. Todo este processo envolve a pessoa, a família, o cuidador informal e a comunidade (Spasser & Weismantel, 2006).

A imobilidade provoca efeitos negativos em diversos sistemas orgânicos. É o EEER que no âmbito das suas competências, assume um papel fundamental na avaliação, diagnóstico, tratamento e prevenção das alterações provocadas pela imobilidade, seja após uma cirurgia, uma doença ou pelo processo natural do envelhecimento. Educar, instruir e treinar a pessoa, a família/cuidador informal, desenvolver estratégias em conjunto, aproveitando as suas capacidades, leva à promoção do autocuidado, à capacitação da família/cuidador informal e à reinserção social e familiar (Carinhas et al., 2013).

Neste âmbito, durante os estágios, foram desenvolvidas intervenções para maximizar capacidades funcionais das pessoas e assim permitir um melhor desempenho motor e cardiorrespiratório (Regulamento n.º 392/2019). Foi ensinado, instruído e treinado exercícios de reforço muscular, exercícios de treino do equilíbrio corporal, treino de marcha, exercícios de flexibilidade e alongamento, o uso de produtos de apoio, treino das AVD e ainda, técnicas de reeducação funcional respiratória para garantir a ventilação eficaz e uma correta limpeza das vias aéreas. Deste modo, foi fundamental conhecer a pessoa, perceber as suas capacidades cognitivas e motoras, quais os seus objetivos e expectativas para o processo de reabilitação, de modo a elaborar um plano adaptado às necessidades da pessoa bem como às suas expectativas futuras.

Durante os estágios, foi perceptível que as pessoas demonstravam grande desejo em recuperar a sua autonomia, especialmente no que diz respeito à capacidade de andar. Para alcançar esse objetivo, foi necessário realizar programas adaptados às pessoas, incluindo reforço muscular, correção postural e treino de equilíbrio corporal. Desta forma, é destacada a importância do treino do equilíbrio corporal, uma vez que, a sua alteração pode resultar na perda da mobilidade funcional, aumento do risco de queda, incapacidades e diminuição da qualidade de vida (Rogers & Mille, 2018).

Os treinos de equilíbrio corporal e da estabilidade postural facilitam a consciência corporal, principalmente em pessoas com AVC, diminuindo as limitações na realização das AVD (Ahn, 2018).

Como exemplo, é destacado a Sra. M.R., no qual foi realizado um programa de reabilitação com foco no reforço muscular e no equilíbrio corporal, com a finalidade de recuperar a sua independência e qualidade de vida. Ao longo das sessões de reabilitação, apresentou aumento da força muscular, essencialmente no hemicorpo direito e melhoria do equilíbrio corporal, conseguindo manter-se em equilíbrio na posição sentada e ortostática, realizar os cuidados de higiene forma autónoma em cadeira de banho, bem como o vestir-se e despir-se. Na posição ortostática, precisava de apoio mínimo, conseguindo deambular de forma autónoma com andador e subir e descer escadas com apoio mínimo.

Foi essencial existir um apoio emocional e motivacional da equipa da UCC, bem como do marido e da família, ao longo do processo, que garantiu esperança na Sra. M.R. Com o esforço conjunto, conseguiu voltar a desfrutar de tarefas do cotidiano, como visitar a casa dos seus filhos e netos, cozinhar, cuidar da casa e sair com o marido para passeios e outras atividades.

O trabalho em equipa com a Sra. M.R. e o marido foi fundamental, pois foram capacitados através de vários ensinamentos, instrução e treino, relativamente aos exercícios prescritos, garantindo uma continuidade do programa de reabilitação durante os dias em que o EEER não ia ao seu domicílio, bem como à eliminação das barreiras arquitetónicas. Esta parceria permitiu que o programa fosse mantido de forma consistente e segura, e desta forma obter-se os melhores resultados ao longo de todo o processo.

Para o desenvolvimento de todas estas competências, conhecimentos e uma prática baseada em evidência, destaca-se a importância dos conteúdos teóricos e teórico-práticos lecionados no primeiro ano do curso de mestrado, todas as pesquisas bibliográficas de artigos em bases de dados científicas, livros com conteúdos de interesse



ao tema selecionado e ainda os momentos de partilha de conhecimento e reflexão com todos os EEER Orientadores.

Considerando a importância do equilíbrio corporal no processo de reabilitação na pessoa após AVC, foi crucial adotar uma abordagem holística, considerando diversos aspetos que pudessem influenciar o bem-estar da pessoa. Foi possível implementar programas de reabilitação personalizados, cuidar, capacitar, maximizar funcionalidades, minimizar incapacidades e melhorar a qualidade de vida da pessoa.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar este percurso académico, torna-se essencial realizar uma avaliação abrangente do desenvolvimento pessoal e profissional. Nesse contexto, será utilizada a análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*) para identificar e refletir sobre os pontos fortes, fraquezas, oportunidades de crescimento e ameaças enfrentados ao longo deste percurso académico.

Strengths

O projeto tornou-se elemento facilitador do percurso porque permitiu traçar um caminho a percorrer, garantindo o desenvolvimento de competências para obtenção do grau de Mestre e o título profissional de EEER. Ao longo do estágio foram desenvolvidas competências que se destacaram como forças para a formação do EEER, nomeadamente, a capacidade de integrar e aplicar os conhecimentos teórico-práticos adquiridos durante o primeiro ano de curso e a utilização de referências bibliográficas, permitindo uma prática fundamentada nas melhores evidências científicas.

A realização deste relatório permitiu uma reflexão sobre o processo formativo, identificando e documentando as atividades realizadas e aprendizagens adquiridas ao longo do estágio, que permitiram o desenvolvimento das competências.

A escolha dos diferentes locais de estágio permitiu vivenciar vários contextos de prática de cuidados, proporcionou diversas interações multidisciplinares e uma enriquecedora experiência profissional que garantiu uma visão mais abrangente e integrada das necessidades das pessoas, resultando em intervenções personalizadas e eficazes.

Ao longo do percurso, a motivação e interesse demonstrados foram pontos fortes essenciais que impulsionaram a busca constante de conhecimento. Esta dedicação garantiu um envolvimento ativo nas diversas atividades, permitindo uma abordagem centrada no bem-estar da pessoa.

Weaknesses

Como fraquezas identificadas ao longo do percurso académico, salienta-se o facto de em alguns estágios, os EEER orientadores não prestarem somente cuidados de enfermagem de reabilitação mas também cuidados gerais. Esta circunstância limitava a sua disponibilidade para acompanhar o estudante de forma direta e contínua, podendo comprometer e restringir oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento profissional.

No estágio em UCC, foi possível perceber algumas dificuldades na realização dos domicílios, nomeadamente a falta de carros disponíveis para mobilizar os EEER aos domicílios, obrigando-os muitas vezes a andar a pé de domicílio em domicílio. Isso implicava um gasto de tempo acrescido e um menor tempo para o atendimento à pessoa, limitando o número de visitas que poderiam ser realizadas diariamente, assim como o acompanhamento constante e a qualidade dos cuidados prestados.

Evidencia-se ainda o curto período em determinados estágios, que dificultou o relacionamento de confiança com a pessoa e a aplicação dos conhecimentos teóricos e práticos.

Opportunities

A experiência de realizar estágios em diversos contextos diferentes, que permitiu conhecer e compreender diversas realidades e práticas profissionais. Ficou evidente que o EEER tem de ter a capacidade de se adaptar as diversas circunstâncias, mas também ter criatividade para lidar com os desafios de cada ambiente.

A oportunidade da elaboração de uma norma de procedimento, que vai de encontro ao tema escolhido, contribuindo para uma prática baseada na melhor evidência e assim para a melhoria da qualidade dos cuidados do EEER.

A aplicação de várias escalas e instrumentos de avaliação de acordo com as necessidades das pessoas para uma intervenção eficaz e centrada na pessoa, na família/cuidador informal. Permitiu ainda identificar ganhos da intervenção do EEER.

A fundamentação da prática clínica do EEER na TDAC que permitiu uma prática focada no autocuidado e na capacidade funcional, em particular na pessoa com alteração do equilíbrio corporal após AVC.

Threats

No serviço hospitalar de Neurocirurgia perspetivou-se um maior contacto com casos de AVC, de forma ir de encontro ao tema do projeto. Embora não tenha sido possível elaborar um estudo de caso partindo de um caso de AVC, foi possível desenvolvê-lo na pessoa com alteração do equilíbrio corporal ainda que a sua causa não tenha sido um AVC.

A elaboração do projeto de estágio centrado na intervenção do EEER na promoção do equilíbrio corporal na pessoa após AVC, demonstrou ser fundamental para o desenvolvimento do estágio. Foram planeadas estratégias e atividades que foram aplicadas posteriormente em estágio que permitiram uma abordagem eficaz na

recuperação da pessoa, o alcance dos objetivos delineados, e o desenvolvimento das competências exigidas pela OE para a obtenção do título profissional de EEER, bem como as competências previstas nos descritores de Dublin para o 2º Ciclo de ensino superior, referentes ao grau de Mestre.

Este relatório permite destacar as atividades e estratégias utilizadas para prestar cuidados especializados em enfermagem de reabilitação na área motora, cardiorrespiratória, sensorial, cognitiva, da alimentação e da eliminação e treino de AVD, focando-se no desenvolvimento de capacidades para a independência funcional.

No que concerne às competências comuns do EE, referente ao “Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal”, destaca-se o respeito pelos princípios éticos e deontológicos da enfermagem, garantindo o cuidado centrado na pessoa e na sua individualidade.

No “Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade” destaca-se a elaboração da norma de procedimento hospitalar sobre os cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com equilíbrio corporal comprometido no serviço hospitalar de Neurocirurgia; A elaboração de um referencial de enfermagem de reabilitação após a identificação da pouca especificidade nos registos informáticos para os cuidados de reabilitação do sistema de registo utilizado (*Sisbit*) em UCCI; colaborou-se na análise e elaboração de planos de ação sobre os incidentes de queda ocorridos no serviço de Ortopedia e ainda se desenvolveu uma fundamentação teórica através de pesquisa bibliográfica e evidência científica recente para um projeto a decorrer no serviço inserido na melhoria contínua da qualidade. Para fundamentar estas intervenções e melhorar a qualidade dos cuidados foi fundamental aprofundar conhecimentos e práticas de qualidade, suportadas na melhor evidência.

No “Domínio da gestão dos cuidados” destaca-se a gestão dos cuidados e dos recursos, otimizando as respostas da equipa multiprofissional para garantir a segurança e a qualidade dos cuidados.

No “Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais” salienta-se a elaboração e publicação da revisão *scoping* numa revista científica, representando uma oportunidade de divulgação internacional e o reconhecimento do trabalho realizado; a participação nas IV Jornadas Científicas da Escola Superior Egas Moniz, como colaboradora da comissão executiva e com a divulgação do póster relativo à revisão *scoping* e o póster da norma de procedimento hospitalar realizada durante o estágio; a identificação de uma necessidade formativa, no contexto do estágio em UCC, sobre as

LMERT, no qual foi realizada formação à equipa multidisciplinar e uma sessão de ginástica laboral em grupo, e ainda a realização de 2 pósters que se afixaram na sala de trabalho; a participação no projeto “Mochila às Costas” bem como a promoção de hábitos corretos para prevenir lesões musculoesqueléticas e a entrega de folhetos formativos para os pais das crianças; a participação e divulgação como preletora da norma de procedimento hospitalar já referida anteriormente, no 1.º *Webinar* e Encontro Digital 2023/2024: “Reabilitação e Cuidados Respiratórios” e ainda a exposição e divulgação de póster sobre prevenção de lesões musculoesqueléticas em saúde, de póster sobre ginástica laboral e de póster sobre a norma de procedimento apresentada, distinguindo-se como o melhor póster; e a participação no “Curso Avançado de Massagem Terapêutica e Aplicação de Bandas Neuromusculares”, permitindo a aquisição de novos conhecimentos.

Ao longo do relatório procurou-se descrever e demonstrar o percurso desenvolvido e os resultados obtidos através das intervenções realizadas, que garantiram o alcance dos objetivos estabelecidos no projeto de estágio. No desenvolvimento das competências do EEER, foi possível cuidar da pessoa com necessidades especiais, capacitar a pessoa com deficiência ou limitações funcionais promovendo a participação na sociedade e maximizar a capacidade funcional para promover o bem-estar.

Demonstrou-se uma prática de cuidados centrada no autocuidado, adotando uma visão holística na avaliação da pessoa, reconhecendo a importância de considerar todos os aspetos do seu bem-estar. Para isso, foram utilizadas várias escalas de avaliação que permitiram uma visão mais clara e detalhada das suas necessidades assim como os resultados obtidos após os programas de reabilitação implementados, destacando a importância do EEER na prestação de cuidados personalizados. A relação de parceria com a pessoa foi garantida, e após a avaliação, planeou-se e implementou-se planos de reabilitação que iam de encontro às suas necessidades, expectativas e objetivos para garantir a motivação e satisfação constante ao longo das sessões. De forma a reduzir o risco de queda, foram prescritos produtos de apoio adequados às suas necessidades, ensinado, instruído e treinado para a sua correta utilização, bem como a identificação de barreiras arquitetónicas e orientações para a sua eliminação.

A família/cuidadores informais assumem um papel significativo na recuperação da pessoa, não só pelo apoio emocional e incentivo, mas também pela responsabilidade que muitas vezes assumem na continuidade de cuidados no domicílio. A sua inclusão e participação são essenciais para garantir que são prestados os cuidados necessários após a alta.

Destacou-se a realização da revisão *scoping*, bem como a sua publicação, que permitiu mapear a evidência científica atual e analisar diferentes abordagens na promoção do equilíbrio corporal na pessoa após AVC. Grande parte das intervenções dos estudos identificados estavam direcionado à utilização de tecnologia nos processos de reabilitação (robôs, consola de jogos, realidade virtual) e em meio aquático, o que se tornou impossível de aplicar na prática. Deste modo, como refletido nos estudos de caso desenvolvidos, foram aplicadas algumas intervenções dos estudos identificados, demonstrando-se uma intervenção diferenciada e eficaz que permitiu melhorar a mobilidade da pessoa, a sua independência e integração social.

É importante referir que o percurso realizado foi muito positivo e gratificante. O desenvolvimento das competências permitiu adquirir novos conhecimentos a nível pessoal e profissional, refletindo-se diretamente numa prática clínica diferenciada e de excelência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmed, U., Karimi, H., Amir, S., & Ahmed, A. (2021). Effects of intensive multiplanar trunk training coupled with dual-task exercises on balance, mobility, and fall risk in patients with stroke: a randomized controlled trial. *The Journal of international medical research*, 49(11), 3000605211059413. <https://doi.org/10.1177/03000605211059413>
- Ahn S. N. (2018). Differences in body awareness and its effects on balance function and independence in activities of daily living for stroke. *Journal of physical therapy science*, 30(11), 1386–1389. <https://doi.org/10.1589/jpts.30.1386>
- Allande-Cussó, R., Fernández-García, E., & Porcel-Gálvez, A. M. (2022). Defining and characterising the nurse-patient relationship: A concept analysis. *Nursing ethics*, 29(2), 462–484. <https://doi.org/10.1177/09697330211046651>
- Alligood, M.R. (2022). *Modelos y Teorías en Enfermería*. (10ª ed.). Elsevier. <https://books.google.com.br/books?hl=pt-PT&lr=&id=ekqGEAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA198&dq=teoria+do+d%C3%A9ficits+do+autocuidado&ots=89Sn4RvulS&sig=6exbAqGs9Afn5stIkhPmZmh6TJU#v=onepage&q&f=true>
- Alves, I., & Andrade, C. (2017). Mudança funcional no padrão de deglutição por meio da realização de exercícios orofaciais. *CoDas*, 29(3), 1-5. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20172016088>
- American Heart Association. (2020). *Explaining Stroke*. American Stroke Association. Texas. United States America. https://www.stroke.org/-/media/Stroke-Files/Stroke-Resource-Center/Brochures/Explaining_Stroke_Brochure_2020.pdf American Heart
- American Heart Association. (2021). Heart Disease & Stroke Statistical Update Fact Sheet Global Burden of Disease. <https://www.heart.org/-/media/phd-files-2/science-news/2/2021-heart-and-stroke-stat-update/2021-stat-update-factsheet-global-burden-of-disease.pdf?la=en>
- Aphiphaksakul, P., & Siriphorn, A. (2022). Home-based exercise using balance disc and smartphone inclinometer application improves balance and activity of daily living in individuals with stroke: A randomized controlled trial. *PloS One*, 17(11), e0277870. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0277870>
- Araújo, C., Santos, L., Ferreira, O., Sousa, J., Lopes, J., & Delgado, B. (2023). *GUIA ORIENTADOR DE BOAS PRÁTICAS: PRESCRIÇÃO DE DISPOSITIVOS E PRODUTOS DE APOIO. NO ÂMBITO DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO*. (1ªed). Ordem dos Enfermeiros. Para-letras. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31056/gobpdispositivosprodutosapoio_v8_ok.pdf
- Assembleia da República. (2005). CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA VII REVISÃO CONSTITUCIONAL. <https://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>
- Attwell, C., Jöhr, J., Pincherle, A., Pignat, J. M., Kaufmann, N., Knebel, J. F., Berney, L., Ryvlin, P., & Diserens, K. (2019). Neurosensory stimulation outdoors enhances cognition recovery in cognitive motor dissociation: A prospective crossover study. *NeuroRehabilitation*, 44(4), 545–554. <https://doi.org/10.3233/NRE-192692>
- Beltran-Aroca, C. M., Girela-Lopez, E., Collazo-Chao, E., Montero-Pérez-Barquero, M., & Muñoz-Villanueva, M. C. (2016). Confidentiality breaches in clinical practice: what happens in hospitals?. *BMC medical ethics*, 17(1), 52. <https://doi.org/10.1186/s12910-016-0136-y>

- Berbiglia, V.A. & Thuy, L.T. (2022). Dorothea E. Orem: teoría del déficit de autocuidado en enfermería. In M.R Alligood (Ed.), *MODELOS Y TEORÍAS EN ENFERMERÍA* (10th ed., pp. 198-2011). ELSEVIER.
- Berg, K. O., Wood-Dauphinee, S. L., Williams, J. I., & Maki, B. (1992). Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*, 83 Suppl 2, S7-S11. https://www.researchgate.net/publication/21687774_Measuring_balance_in_the_elderly_Validation_of_an_instrument
- Beyaert, C., Vasa, R., & Frykberg, G. E. (2015). Gait post-stroke: Pathophysiology and rehabilitation strategies. *Neurophysiologie clinique = Clinical neurophysiology*, 45(4-5), 335-355. <https://doi.org/10.1016/j.neucli.2015.09.005>
- Bigoni, M., Cimolin, V., Vismara, L., Tarantino, A. G., Baudo, S., Trotti, C., Galli, M., & Mauro, A. (2021). Retraining selective trunk muscle activity: A key to more successful rehabilitation outcomes for hemiparetic stroke patients. *NeuroRehabilitation*, 49(1), 87-94. <https://doi.org/10.3233/NRE-210094>
- Bohannon, R. W., & Smith, M. B. (1987). Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. *Physical therapy*, 67(2), 206-207. <https://doi.org/10.1093/ptj/67.2.206>
- Bologna Working Group on Qualifications Frameworks (2005). *Framework for Qualifications of the European Higher Education Area*. Copenhagen: Ministry of Science, Technology and Innovation. https://www.ehea.info/media.ehea.info/file/WG_Frameworks_qualification/71/0/050218_QF_EHEA_580710.pdf
- Borg G. A. (1982). Psychophysical bases of perceived exertion. *Medicine and science in sports and exercise*, 14(5), 377-381. https://journals.lww.com/acsm-msse/abstract/1982/05000/psychophysical_bases_of_perceived_exertion.12.aspx
- Bronstein, A.M. (2016). Multisensory integration in balance control. In J.Furman & T. Lempert (Eds.), *Handbook of Clinical Neurology* (pp. 57-66). Elsevier. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/B9780444634375000042>
- Bruni, M. F., Melegari, C., De Cola, M. C., Bramanti, A., Bramanti, P., & Calabrò, R. S. (2018). What does best evidence tell us about robotic gait rehabilitation in stroke patients: A systematic review and meta-analysis. *Journal of clinical neuroscience: official journal of the Neurosurgical Society of Australasia*, 48, 11-17. <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2017.10.048>
- Cabanas-Valdés, R., Boix-Sala, L., Grau-Pellicer, M., Guzmán-Bernal, J. A., Caballero-Gómez, F. M., & Urrútia, G. (2021). The Effectiveness of Additional Core Stability Exercises in Improving Dynamic Sitting Balance, Gait and Functional Rehabilitation for Subacute Stroke Patients (CORE-Trial): Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. *International journal of environmental research and public health*, 18(12), 6615. <https://doi.org/10.3390/ijerph18126615>
- Carinhas, M., Eusébio, A., Carvalho, L., Lopes, T. & Braga, R. (2013) Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8897/gobp_mobilidade_vf_site.pdf
- Cha, Y., Kim, Y., Hwang, S., & Chung, Y. (2014). Intensive gait training with rhythmic auditory stimulation in individuals with chronic hemiparetic stroke: a pilot randomized controlled study. *NeuroRehabilitation*, 35(4), 681-688. <https://doi.org/10.3233/NRE-141182>

- Chaghari, M., Saffari, M., Ebadi, A., & Ameryoun, A. (2017). Empowering Education: A New Model for In-service Training of Nursing Staff. *Journal of advances in medical education & professionalism*, 5(1), 26–32. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5238493/>
- Chang, K. W., Lin, C. M., Yen, C. W., Yang, C. C., Tanaka, T., & Guo, L. Y. (2021). The Effect of Walking Backward on a Treadmill on Balance, Speed of Walking and Cardiopulmonary Fitness for Patients with Chronic Stroke: A Pilot Study. *International journal of environmental research and public health*, 18(5), 2376. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052376>
- Chien L. Y. (2019). Evidence-Based Practice and Nursing Research. *The journal of nursing research: JNR*, 27(4), e29. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000346>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2019). Browser Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão 2019. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Corbetta, D., Imeri, F., & Gatti, R. (2015). Rehabilitation that incorporates virtual reality is more effective than standard rehabilitation for improving walking speed, balance and mobility after stroke: a systematic review. *Journal of physiotherapy*, 61(3), 117–124. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2015.05.017>
- Coulter, A., & Oldham, J. (2016). Person-centred care: what is it and how do we get there?. *Future hospital journal*, 3(2), 114–116. <https://doi.org/10.7861/futurehosp.3-2-114>
- Dawson, S., Smith, C., Norton, C., Kilonzo, M., Drake, M. J., & Cotterill, N. (2018). Conservative interventions for urinary or faecal incontinence, or both, in adults with multiple sclerosis. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(10), CD013150. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013150>
- Decreto-lei n.º 101/2006 do Ministério da Saúde. (2006). Diário da República: I Série A, n.º 109/2006. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>
- Decreto-lei n.º 161/96 do Ministério da Saúde. (1996). Diário da República: I Série A, n.º 205/1996. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>
- Decreto-lei n.º 93/2009 do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. (2009). Diário da República: I Série, n.º 74/2009. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/93-2009-603884>
- Deodato, S. (2016). Ética nos cuidados de Enfermagem de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida* (1ª ed., pp. 35-39). Lusodidacta
- Despacho n.º 5613/2015 do Ministério da Saúde. (2015). Diário da República: II Série, n.º 102/2015. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>
- Despacho n.º 7197/2016 do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. (2016). Diário da República: II série, n.º 105/2016. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/7197-2016-74587625>
- Despacho n.º 9390/2021 da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2021). Diário da República: II Série, n.º 187/2021. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Direção-Geral de Saúde. (2019). *Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. Norma n.º 008/2019. Serviço Nacional de Saúde.

<https://normas.dgs.min-saude.pt/2019/12/09/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares/>

Edemekong, P. F., Bomgaars, D. L., Sukumaran, S., & Schoo, C. (2023). Activities of Daily Living. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470404/>

Ersoy, C., & Iyigun, G. (2021). Boxing training in patients with stroke causes improvement of upper extremity, balance, and cognitive functions but should it be applied as virtual or real?. *Topics in stroke rehabilitation*, 28(2), 112–126. <https://doi.org/10.1080/10749357.2020.1783918>

Faria, A., Martins, M.M., Ribeiro, O., & Gomes, B. (2021). Programa de envelhecimento ativo e saudável em contexto comunitário. In O. Ribeiro (Ed), *Enfermagem de Reabilitação-Conceções e Práticas* (1st ed., pp. 483-493). Lidel

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

Fernandes, J. B. & Vareta, D. A. (2018). *Enfermagem de Prática Avançada*. Lisboa: Bubok Publishing.

Ferreira, D.S.A., Teodoro, A.C.M., Gaspar, L.J.R., Ferreira, M.F.A.P., Sousa, M.R., & Rocha, S.M.P. (2018). *Guia Orientador de Boa Prática – Reabilitação Respiratória*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12(3), 189–198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)

Forbes, P. A., Chen, A., & Blouin, J. S. (2018). Sensorimotor control of standing balance. *Handbook of clinical neurology*, 159, 61–83. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-63916-5.00004-5>

Gadidi, V., Katz-Leurer, M., Carmeli, E., & Bornstein, N. M. (2011). Long-term outcome poststroke: predictors of activity limitation and participation restriction. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 92(11), 1802–1808. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2011.06.014>

Gonçalves, A., Gomes, M., Martins, S., & Silva, V. (2019). *JOGOS DE INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA PARA ADULTOS E IDOSOS* (2nd ed.). Papa-Letras.

Granger, C. V., Hamilton, B. B., Keith, R. A., Zielezny, M. & Sherwin, F. S. (1986). Advances in functional assessment for medical rehabilitation. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 1(3): 59-74. http://journals.lww.com/topicsingeriatricrehabilitation/Abstract/1986/04000/Advances_in_functional_assessment_for_medical.7.aspx

Hartweg, D. L., & Metcalfe, S. A. (2022). Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory: Relevance and Need for Refinement. *Nursing science quarterly*, 35(1), 70–76. <https://doi.org/10.1177/08943184211051369>

Hinman, R. S., Heywood, S. E., & Day, A. R. (2007). Aquatic physical therapy for hip and knee osteoarthritis: results of a single-blind randomized controlled trial. *Physical therapy*, 87(1), 32–43. <https://doi.org/10.2522/ptj.20060006>

Holanda, C. M., De Andrade, F. L., Bezerra, M. A., Nascimento, J. P., Neves, R. da F., Alves, S. B., & Ribeiro, K. S. (2015). Support networks and people with physical

disabilities: social inclusion and access to health services. *Ciencia & saude coletiva*, 20(1), 175–184. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.19012013>

Huber, F. & Wells, C. (2009). *Exercícios Terapêuticos: Planeamento do Tratamento para Progressão (1.ª Edição)*. Lusodidacta.

Hyun, S.J., Lee, J., & Lee, B.H. (2021). The Effects of Sit-to-Stand Training Combined with Real-Time Visual Feedback on Strength, Balance, Gait Ability, and Quality of Life in Patients with Stroke: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22). <https://doi.org/10.3390/ijerph182212229>

Ijmker, T., Houdijk, H., Lamothe, C. J., Jarbandhan, A. V., Rijntjes, D., Beek, P. J., & van der Woude, L. H. (2013). Effect of balance support on the energy cost of walking after stroke. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 94(11), 2255–2261. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2013.04.022>

Instituto Nacional de Estatística. (2024). *Estatísticas da Saúde-2022*. Instituto Nacional de Estatística, IP. <https://www.ine.pt/xurl/pub/439489924>

Isik, E., & Fredland, N. M. (2023). Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory to Improve Children's Self-Care: An Integrative Review. *The Journal of school nursing: the official publication of the National Association of School Nurses*, 39(1), 6–17. <https://doi.org/10.1177/10598405211050062>

Jain S., & Iverson L.M. Glasgow Coma Scale. (2023). *StatPearls* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513298/>

Johnstone, M. (1989). Current Advances in the Use of Pressure Splints in the Management of Adult Hemiplegia. *Physiotherapy*, 75 (7), 381-384. [https://doi.org/10.1016/S0031-9406\(10\)62589-8](https://doi.org/10.1016/S0031-9406(10)62589-8)

Júnior, P., Kozan, E., Moraes, J., Pereira, F., Moreno, Bassan, A. (2014). Reabilitação vestibular na qualidade de vida e sintomatologia de tontura de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8), 3365–3374. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.11082013>

Khasoha, I.R., Omondi, L.A., Muthuka, J.K., Wambura, F.M., & Chimbevo, L.M. (2020). Factors influencing provision of holistic nursing care to patients admitted in medical wards at Kenyatta National Hospital, Kenya. *Asian Journal of Research in Nursing and Health* 3(2), 20–35. <https://journalajrnh.com/index.php/AJRNH/article/view/19>

Kim, D. H., In, T. S., & Jung, K. S. (2022). Effects of robot-assisted trunk control training on trunk control ability and balance in patients with stroke: A randomized controlled trial. *Technology and health care: official journal of the European Society for Engineering and Medicine*, 30(2), 413–422. <https://doi.org/10.3233/THC-202720>

Lebre, A., Resendes, A., Paiva, A., Barbosa, C., Pereira, C. Gaspar, F., Silva, G., Oliveira, I., Eiras, M., Valente, M., Gaspar, M. J., Nunes, M., Arriaga, M., Sousa, P., Pacheco, P., Costa, S., Ramos, S., & Fonseca, V. (2022). *Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. Direção-Geral de Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>

Lee, C., Kamin, H., McAdoo, T., Woodworth, A., & Adams, A. (2019). Manual official of the American Psychological Association (7th ed.). <http://bibliotecaunisa.com/wp-content/uploads/2020/05/APA%20Publication%20Manual%207th%20Edition%20by%20American%20Psychological%20Association.pdf>

Lee, J. H., Kim, S. B., Lee, K. W., Lee, S. J., Park, H., & Kim, D. W. (2017). The effect of a whole-body vibration therapy on the sitting balance of subacute stroke patients: a

randomized controlled trial. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 24(6), 457–462. <https://doi.org/10.1080/10749357.2017.1305655>

Lee, M. M., Lee, K. J., & Song, C. H. (2018). Game-Based Virtual Reality Canoe Paddling Training to Improve Postural Balance and Upper Extremity Function: A Preliminary Randomized Controlled Study of 30 Patients with Subacute Stroke. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 24, 2590–2598. <https://doi.org/10.12659/MSM.906451>

Lee, N. K., Kwon, J. W., Son, S. M., Kang, K. W., Kim, K., & Hyun-Nam, S. (2013). The effects of closed and open kinetic chain exercises on lower limb muscle activity and balance in stroke survivors. *NeuroRehabilitation*, 33(1), 177–183. <https://doi.org/10.3233/NRE-130943>

Lei n.º 156/2015 da Assembleia da República. (2015). Diário da República: I Série, n.º 181/2015. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>

Lei n.º 38/2004 da Assembleia da República. (2004). Diário da República: I Série A, n.º 194/2004. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2004/08/194a00/52325236.pdf>

Leite, N.N., Borba, A.D.O., da Silva, M.J., Nascimento, N.S., da Silva, N.A., & Conceição, E.C.G. (2009). Uso da bola terapêutica no equilíbrio estático e dinâmico de pacientes com hemiparesia. *Fisioterapia em movimento* 22(1): 121-131. <https://periodicos.pucpr.br/fisio/article/view/19381>

Leite, V.B.E. & Faro, A.C.M. (2005). O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físiomotora. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 39(1), 92-96. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000100012>

Leme, G.L.M., Carvalho, I.F., & Scheicher, M.E. (2017). Melhora do equilíbrio postural em mulheres idosas com o uso de informação sensorial adicional. *Fisioterapia Pesquisa*, 24(1), 68-73. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/16753224012017>

Li, J., Zhong, D., Ye, J., He, M., Liu, X., Zheng, H., Jin, R., & Zhang, S. L. (2019). Rehabilitation for balance impairment in patients after stroke: a protocol of a systematic review and network meta-analysis. *BMJ open*, 9(7), e026844. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026844>

Machado, W.C.A., Alvarez, A.B., Teixeira, M.L.O., Castelo Branco, E.M.S, Figueiredo, N.M.A., & Paiva, R.S. (2016). Imagem corporal de paraplégicos: o enfrentamento das mudanças na perspectiva de pessoas com lesão medular. *Revista Enfermagem UERJ* 24(1), 1-6. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.16125>

Mahoney, F.I., & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Med Journal*, 14, 56-61. <https://www.kcl.ac.uk/nmpc/assets/rehab/tools-bi-functional-evaluation-the-barthel-index.pdf>

Manzoor, F., Wei, L., Hussain, A., Asif, M., & Shah, S. I. A. (2019). Patient Satisfaction with Health Care Services; An Application of Physician's Behavior as a Moderator. *International journal of environmental research and public health*, 16(18), 3318. <https://doi.org/10.3390/ijerph16183318>

Martins, M. M., Ribeiro, O., & Ventura, J. (2018). Orientações conceituais dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação em hospitais portugueses. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 1(2), 42–48. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n2.02.4409>

Medical Research Council. (1976). Aids to the examination of the peripheral nervous system (War Memorandum n. 7). Her Majesty's Stationery Office.

<https://www.ukri.org/wp-content/uploads/2021/12/MRC-011221-AidsToTheExaminationOfThePeripheralNervousSystem.pdf>

Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2019). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice* (4th ed.). PA: Wolters Kluwer.

Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., & Vieira, C. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um Envelhecer Resiliente* (1.ª Edição). Lusociência.

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2014). Parecer n.º 13/2014: Formação assegurada por Enfermeiros Especialistas de Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEER_Parecer_13_2014_Formacao_Assegurada_por_Enfermeiro_Especialista_de_Reabilitacao.pdf

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2011). Parecer n.º 12/2011: Parecer sobre atividades de vida diária. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer12_MCEER_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.pdf

Moreira, A., Neves, H., Lucas, N., Silva, R., & Galante, S. (2021). Programa para a reeducação da função alimentação. In O. Ribeiro (Ed), *Enfermagem de Reabilitação-Conceções e Práticas* (1st ed., pp. 67-75). Lidel

Morone, G., Tramontano, M., Iosa, M., Shofany, J., Iemma, A., Musicco, M., Paolucci, S., & Caltagirone, C. (2014). The efficacy of balance training with video game-based therapy in subacute stroke patients: a randomized controlled trial. *BioMed Research International*, 2014, 580861. <https://doi.org/10.1155/2014/580861>

Moura, M., Martins, M., & Ribeiro, O. (2019). Sintomatologia musculoesquelética dos enfermeiros no contexto hospitalar: contributo do enfermeiro de reabilitação. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(23), 121-132. <https://doi.org/10.12707/RIV19035>

Murman D. L. (2015). The Impact of Age on Cognition. *Seminars in hearing*, 36(3), 111-121. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1555115>

Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colejos/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Áreas Investigação Prioritárias Para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colejos/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_291_02015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015c). *Deontologia profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2015d). *Core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Core Indicadores por Categoria de Enunciados Descritivos PQCR.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Core%20Indicadores%20por%20Categoria%20de%20Enunciados%20Descritivos%20PQCR.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDados DocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- Orem, D.E. (2001). *Nursing Concepts of practice*. (6th ed.). Mosby
- Organização Mundial de Saúde. (2004). *CIF: Classificação internacional da funcionalidade, incapacidade e saúde*. Direcção-Geral de Saúde. <https://catalogo.inr.pt/documents/11257/0/CIF+2004>
- O'Rourke, J., & Zerwic, J. (2016). Measure of Clinical Decision-Making Abilities of Nurse Practitioner Students. *The Journal of nursing education*, 55(1), 18–23. <https://doi.org/10.3928/01484834-20151214-06>
- Pandian, S., Arya, K. N., & Kumar, D. (2014). Does motor training of the nonparetic side influences balance and function in chronic stroke? A pilot RCT. *TheScientificWorldJournal*, 2014, 769726. <https://doi.org/10.1155/2014/769726>
- Pannain, G.D., Ribeiro, C.C., Jacob, M.B., Pires, L.A., & Almeida, A.L.M. (2019). Relato de experiência: Dia Mundial do Acidente Vascular Cerebral. *HU Revista*, 45(1), 104-108. <https://doi.org/10.34019/1982-8047.2019.v45.25663>
- Park, C., & Son, H. (2022). Immediate Effects of Fine-Motor Training on Coordination and Dexterity of the Non-Dominant Hand in Healthy Adults: A Randomized Controlled Trial. *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*, 12(11), 446. <https://doi.org/10.3390/bs12110446>
- Pestana, H. (2016) Sistemas de Informação e a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida* (1ª ed., pp. 77-88). Lusodidacta
- Petronilho, F. & Machado, M. (2017). Teorias de Enfermagem e Autocuidado: Contributos para a Construção do Cuidado de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida*. (1.ª ed., pp. 3-14). Lusodidacta
- Petronilho, F., Margato, C., Mendes, L., Areias, S., Morgato, R., & Machado, M. (2021). O autocuidado como dimensão relevante para enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Ed), *Enfermagem de Reabilitação-Conceções e Práticas* (1ª ed., pp. 67-75). Lidel
- Portaria n.º 38-A/2023 do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde. (2023). Diário da República: I Série, n.º 24/2023. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/38-a-2023-207026149>

Proske, U., & Gandevia, S. C. (2012). The proprioceptive senses: their roles in signaling body shape, body position and movement, and muscle force. *Physiological reviews*, 92(4), 1651–1697. <https://doi.org/10.1152/physrev.00048.2011>

Prusch, S. K., Barbosa, I. M., Santos, E. J. M. dos, & Lemos, L. F. C. (2021). CONTROLE POSTURAL E O ENVELHECIMENTO. *Corpoconsciência*, 25(2), 236–251. <https://doi.org/10.51283/rc.v25i2.12702>

Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II série, n.º 26/2019. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 392/2019, da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II série, n.º 85/2019. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>

Regulamento n.º 613/2022 da Ordem dos Enfermeiros. (2022). Diário da República: II série, n.º 131/2022. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/613-2022-185836226>

Resende, B. B., Almeida, P. S., Silva, M. A., Santos, P. S., Ávila, M. V., Guimarães, A. C., Damázio, L. C. M., & Saldanha, P. C. (2023). PREVALENCE OF POSTURAL CHANGES IN SCHOOL CHILDREN AND ADOLESCENTS. *Acta ortopedica brasileira*, 31(spe2), e262255. <https://doi.org/10.1590/1413-785220233102e262255>

Ribeiro, M.P., Oliveira, F., Rodrigues, M.F., Alves, M., Silva, C., Prazeres, O.M.P.L., Ribeiro, O.M.P.L., & de Jesus, M.M.G.R.B. (2021). Enfermagem de Reabilitação: a prática sustentada no referencial teórico de Dorothea Orem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 37(2), 47-56. https://www.chts.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/4/2021/12/enfermagem_DEZ2021.pdf

Ribeiro, S. (2022). Como envolver a família na tomada de decisões em situações de emergência? *Jornal Brasileiro de Medicina de Emergência*, 2(3), 1-2. <https://doi.org/10.54143/jbmede.v2i3.86>

Riester, M. R., Beaudoin, F. L., Joshi, R., Hayes, K. N., Cupp, M. A., Berry, S. D., & Zullo, A. R. (2023). Evaluation of post-acute care and one-year outcomes among Medicare beneficiaries with hip fractures: a retrospective cohort study. *BMC medicine*, 21(1), 232. <https://doi.org/10.1186/s12916-023-02958-9>

Rocha, I.J., 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. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s1.1.5755>

Rogers, M. W., & Mille, M. L. (2018). Balance perturbations. *Handbook of clinical neurology*, 159, 85–105. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-63916-5.00005-7>

Saleh, M. S. M., Rehab, N. I., & Aly, S. M. A. (2019). Effect of aquatic versus land motor dual task training on balance and gait of patients with chronic stroke: A randomized controlled trial. *NeuroRehabilitation*, 44(4), 485–492. <https://doi.org/10.3233/NRE-182636>

Santos, A.I., Serpa, A., Sá, M., & Ferreira, C.M. (2019). What is an Internship Report? Contributions to the Construction of its Meaning. *Journal Publishing Group Journal of Education and e-Learning Research* 7(1), 1-6. <https://doi.org/10.20448/journal.509.2020.71.1.6>

Silva, E. S. P., Figueiredo, J. V., Dutra, P. A., Maia, S. R. T., De Prado, R. F. S., Borrajo, A. P. C., Sales, D. S., & Fialho, A. V. D. M. (2020). Teoria do autocuidado de orem como suporte para o cuidado clínico de enfermagem a mulher mastectomizada / Theory of

support as orem self care for nursing clinical care women mastectomized. *Brazilian Journal of Development*, 6(6), 39740–39750. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n6-496>

Song, G.B., & Heo, J.Y. (2015). The effect of modified bridge exercise on balance ability of stroke patients. *Journal Physical Therapy Science*, 27 (12), 3807-3810. <https://doi.org/10.1589/jpts.27.3807>

Sousa, S., Valente, S., Lopes, M., Ribeiro, S., Abreu, N., & Alves, E. (2023). O impacto de programas de reabilitação da marcha no tempo de internamento hospitalar – Scoping Review. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 6(1), e313. <https://doi.org/10.33194/rper.2023.313>

Spasser, M. A., & Weismantel, A. (2006). Mapping the literature of rehabilitation nursing. *Journal of the Medical Library Association: JMLA*, 94(2 Suppl), E137–E142.

Steenhagen, C., & Motta, L. (2006). Deglutição e envelhecimento: enfoque nas manobras facilitadoras e posturais utilizadas na reabilitação do paciente disfágico. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 3(9), 89-100. <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/7jhy5DMwtsqprNdG9VznsJq/?format=pdf>

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

Su, Y. L., Chen, H. L., Han, S. L., Lin, Y. K., Lin, S. Y., & Liu, C. H. (2022). Effectiveness of Elastic Band Exercises on the Functional Fitness of Older Adults in Long-Term Care Facilities. *The journal of nursing research: JNR*, 30(5), e235. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000511>

Szilágyiné Lakatos, T., Lukács, B., & Veres-Balajti, I. (2022). Cost-Effective Healthcare in Rehabilitation: Physiotherapy for Total Endoprosthesis Surgeries from Prehabilitation to Function Restoration. *International journal of environmental research and public health*, 19(22), 15067. <https://doi.org/10.3390/ijerph192215067>

Tasseel-Ponche, S., Yelnik, A. P., & Bonan, I. V. (2015). Motor strategies of postural control after hemispheric stroke. *Neurophysiologie clinique = Clinical neurophysiology*, 45(4-5), 327–333. <https://doi.org/10.1016/j.neucli.2015.09.003>

Taylor, S.G. (2002). Teoría do Défice de Auto-Cuidado de Enfermagem. In A.M. Tomey & M.R. Alligood (Eds.), *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra* (5ª ed., pp. 211-235). LUSOCIÊNCIA

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

The Health Foundation. (2016). *Person-centred care made simple*. The Health Foundation. <https://www.health.org.uk/sites/default/files/PersonCentredCareMadeSimple.pdf>

Toh, H. J., Lim, Z. Y., Yap, P., & Tang, T. (2017). Factors associated with prolonged length of stay in older patients. *Singapore medical journal*, 58(3), 134–138. <https://doi.org/10.11622/smedj.2016158>

Tyson, S. F., Hanley, M., Chillala, J., Selley, A., & Tallis, R. C. (2006). Balance disability after stroke. *Physical therapy*, 86(1), 30–38. <https://doi.org/10.1093/ptj/86.1.30>

Valcarenghi, R. V., Santos, S. S. C., Barlem, E. L. D., Pelzer, M. T., Gomes, G. C., & Lange, C. (2011). Changes in function/cognition and depression in institutionalized

elderly who have suffered falls. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(6), pp.828-833. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002011000600017>

Vasconcelos, M. (2021). Ética em enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Ed), *Enfermagem de Reabilitação-Conceções e Práticas* (1ª ed., pp. 34-37). Lidel

Ventegodt S., Kandel, I., Ervin, D.A., & Merrick, J. (2016). Concepts of holistic care. *Health care for people with intellectual and developmental disabilities across the lifespan, 1935-1941*. https://doi.org/10.1007/978-3-319-18096-0_148

Wagh, S. C., Devi, T. P., & Jagtap, V. K. (2017). Effectivness of Core Muscle Strengthening with Swiss Ball on Balance in Cerebellar Stroke. *Indian Journal of Physiotherapy & Occupational Therapy*, 11(2), 153–158. <https://doi.org/10.5958/0973-5674.2017.00053.3>

Wang, Y., Rudd, A. G., & Wolfe, C. D. (2013). Age and ethnic disparities in incidence of stroke over time: the South London Stroke Register. *Stroke*, 44(12), 3298–3304. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.113.002604>

Wolf F., Krebs, R.J., Detânico, R.C., Keulen G.E.Y., & Braga, R.K. (2008). Estudo do equilíbrio plantar do iniciante de tiro com arco recurvo. *Rev Educ Fís/UEM*, 19 (1), pp.1-9. <https://doi.org/10.4025/reveducfis.v19i1.4309>

World Health Organization. (2006). *The WHO STEP wise approach to stroke surveillance*. WHO STEPS Stroke Manual: Genebra. Suíça. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43420/9241594047_eng.pdf



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

PROJETO DE ESTÁGIO

INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DO
EQUILÍBRIO CORPORAL NA PESSOA APÓS ACIDENTE
VASCULAR CEREBRAL

Júlia Taveira Saraiva

Almada

2023



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

MESTRADO EM ENFERMAGEM

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

PROJETO DE ESTÁGIO

INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DO
EQUILÍBRIO CORPORAL NA PESSOA APÓS ACIDENTE
VASCULAR CEREBRAL

Júlia Taveira Saraiva

Docente Orientador: Professor Gonçalo Luís Coelho Rosa

Almada

2023

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC- Acidente Vascular Cerebral

AVD- Atividades de Vida Diária

EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

OE- Ordem dos Enfermeiros

TDAC- Teoria do Déficit do Autocuidado



ÍNDICE

1.	INTRODUÇÃO	7
2.	PLANO DE ATIVIDADES	10
3.	CONCLUSÃO	12
4.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	13
5.	APÊNDICES	15
5.1	APÊNDICE 1	15

RESUMO

O presente projeto de estágio intitulado "Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Promoção do Equilíbrio Corporal na pessoa após Acidente Vascular Cerebral", tem como objetivo planejar intervenções a desenvolver para atingir as competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na promoção do equilíbrio corporal após o acidente vascular cerebral, bem como nas áreas motora, cardíaca, respiratória, sensorial, cognitiva, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, visando a promoção do autocuidado.

O acidente vascular cerebral é uma das principais causas de morbimortalidade e a primeira causa de incapacidade neurológica que provoca limitações no desempenho das atividades de vida diária e na participação na sociedade, sendo o comprometimento do equilíbrio corporal um dos principais problemas físicos, no qual o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação desempenha um papel fundamental na recuperação da pessoa, atuando de forma a maximizar a sua capacidade funcional e independência no autocuidado.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral; Reabilitação; Equilíbrio Corporal; Enfermagem de Reabilitação; Enfermeiros



ABSTRACT

This internship project, entitled 'Interventions by the Specialist Rehabilitation Nurse in Promoting Body Balance in People after Stroke', aims to plan interventions to be developed in order to achieve the common competences of the specialist nurse and the specific competences of the specialist rehabilitation nurse in promoting body balance after stroke, as well as in the motor, cardiac, respiratory, sensory, cognitive, eating, elimination and sexuality areas, with a view to promoting self-care.

Stroke is one of the main causes of morbidity and mortality and the leading cause of neurological disability, causing limitations in the performance of activities of daily living and participation in society. Impairment of body balance is one of the main physical problems, in which nurses specialising in rehabilitation nursing play a fundamental role in the person's recovery, working to maximise their functional capacity and independence in self-care.

Keywords: Stroke; Rehabilitation; Body Balance; Rehabilitation Nursing; Nurses

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho intitulado "Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Promoção do Equilíbrio Corporal na pessoa após Acidente Vascular Cerebral (AVC)" foi elaborado no âmbito da unidade curricular de Estágio, inserida no 1º Curso de Mestrado na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

A escolha deste tema baseou-se no facto de na minha prática clínica lidar diversas vezes com o AVC e perceber o impacto que provoca na vida das pessoas, nomeadamente a alteração do equilíbrio corporal.

O AVC é uma das principais causas de morbimortalidade e a primeira causa de incapacidade neurológica (Wang et al., 2013) que apresenta diversas consequências, sendo o comprometimento do equilíbrio corporal um dos principais problemas físicos das pessoas com AVC que provocam limitações no desempenho das atividades de vida diária (AVD) e da participação na sociedade (Ijmker et al., 2013).

Após um AVC, muitas pessoas perdem as respostas posturais automáticas que afetam diretamente o equilíbrio sentado e em posição ortostática (Van Criekinge et al., 2019), perda do controlo da mobilidade do tronco, o que pode conduzir a um comprometimento da postura corporal e consequentemente um défice no desempenho das atividades motoras para a recuperação da marcha e a sua independência funcional (Rocha et al., 2020).

Mais de 80% das pessoas que sofrem um AVC ficam com alterações do equilíbrio corporal, e seis meses após o AVC, 40% apresentam dificuldades na realização das AVD e 30% referem restrições na participação na sociedade, mesmo quatro anos após o AVC (Gadidi et al., 2011; Tyson et al., 2006).

As pessoas com AVC apresentam aproximadamente um aumento de duas vezes mais da oscilação corporal comparativamente a pessoas com postura ortostática estática normal, levando a uma maior dificuldade em controlar os movimentos (Park et al., 2016). Este aumento da oscilação do corpo leva a uma marcha anormal, a um aumento do número de quedas, podendo provocar lesões físicas graves, perda de autonomia, declínio funcional pelo medo de cair conduzindo a um ciclo de inatividade e consequentemente perda de força muscular, ansiedade e depressão pela diminuição da qualidade de vida, dependência de familiares/cuidadores bem como hospitalizações frequentes (Park et al., 2014; Park et al., 2016).

Assim, a recuperação do equilíbrio é um dos principais objetivos na reabilitação da pessoa com AVC (Kim et al., 2022).

A escolha deste tema prende-se ainda por ser uma área prioritária para estudo de acordo com a análise dos documentos orientadores da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros (OE), nomeadamente as Áreas de Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2014)

O projeto de estágio é um elemento de avaliação curricular que tem como objetivo descrever a área de interesse que se pretende desenvolver em estágio, a sua pertinência, a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) de forma a minimizar a problemática em estudo, apresentar a teoria que suporta intervenção durante o estágio, assim como a atingir competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem especializados na área de Reabilitação (OE, 2015).

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

Neste sentido, foram elaborados objetivos gerais e planeadas atividades que proporcionem o desenvolvimento destas competências (Apêndice 1): 1. Desenvolver competências do EEER na promoção do equilíbrio corporal após AVC; 2. Desenvolver competências do EEER na área motora, cardíaca, respiratória, sensorial, cognitiva, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, tendo em vista a promoção do autocuidado.

O EEER desempenha um papel fundamental, uma vez que compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que o permite ajudar pessoas que sofreram alteração do equilíbrio corporal após AVC de forma a maximizar o seu potencial funcional e independência (Regulamento n.º 392/2019).

Compreender as intervenções do EEER é fundamental para garantir a eficácia do cuidado prestado, melhorar a recuperação e reintegração social da pessoa, bem como desenvolver a sua máxima autonomia e um regresso a casa com poucos défices e o mais precoce possível.

Para fundamentar o projeto recorri à Teoria do Défice de Autocuidado (TDAC), desenvolvida por Dorothea Orem, que define o autocuidado como a prática de ações necessárias para proteger, manter e promover o bem-estar da pessoa. É realizado quando as pessoas aprendem, se adaptam, desenvolvem capacidades e são motivados a se autocuidar mesmos em situações esperadas e inesperadas (Isik & Fredland, 2023). É composta por três teorias inter-relacionadas: Teoria do Autocuidado, Teoria do défice de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem que ainda é classificado em sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório e apoio-educação (Alligood, 2022).

A fundamentação do projeto foi realizada através de uma revisão *scoping* utilizando a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute (Peters et al., 2015). A pesquisa foi efetuada em três bases de dados da plataforma de pesquisa EBSCOhost via OE (CINAHL Complete, MEDLINE Complete e Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive). Recorreu-se aos descritores previamente validados na plataforma DeCS/MeSH – Health Science Descriptors/Medical Subject Headings: AVC; Reabilitação; Equilíbrio Corporal. Foi ainda realizada pesquisa na ScienceDirect; Scielo; PubMed Biblioteca do conhecimento online; Google Académico.

Para a execução deste projeto, serão realizados vários estágios, efetuado em duas fases. A primeira fase decorrerá de 15 de maio a 28 de julho de 2023 e a segunda fase decorrerá de 11 de setembro a 14 de janeiro de 2024.

Este trabalho encontra-se estruturado em 5 partes. Primeiramente encontra-se a Introdução, seguida pelo Plano de Atividades elaborado de forma a desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER.

Por fim, a Conclusão, seguida das Referências Bibliográficas e os Apêndices.

Este trabalho foi redigido conforme o acordo ortográfico da língua portuguesa e segue a norma da American Psychological Association 7ª Edição (Lee et al., 2019).

2. PLANO DE ATIVIDADES

É fundamental desenvolver os objetivos do projeto que vão ao encontro do problema identificado inicialmente e dos resultados que devem ser obtidos. Estes têm por base as competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER. (Regulamento n.º 140/2019; Regulamento n.º 392/2019).

Com o objetivo de possibilitar o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER foram delineados objetivos gerais e específicos e foram planeadas atividades que proporcionem o desenvolvimento destas competências (Apêndice 1):

- Objetivos Gerais

1. Desenvolver competências do EEER na promoção do equilíbrio corporal após AVC.
2. Desenvolver competências do EEER na área motora, cardíaca, respiratória, sensorial, cognitiva, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, tendo em vista a promoção do autocuidado.

- Objetivos específicos do EEER

1. Desenvolver uma prática profissional suportada em princípios éticos, deontológicos e no conhecimento científico de maior evidência.
2. Desenvolver práticas de qualidade e programas de melhoria contínua nos locais de estágio.
3. Desenvolver competências de liderança e gestão de cuidados de enfermagem, fundamentais à qualidade dos cuidados prestados.
4. Praticar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação às pessoas com alteração do equilíbrio corporal após AVC, bem como à família/ cuidador.
5. Potenciar a autonomia funcional das pessoas com incapacidades e limitações nas AVD nomeadamente com alteração do equilíbrio corporal após AVC, para uma maior independência, participação na sociedade e reinserção na vida familiar e social.

6. Maximizar a capacidade funcional da pessoa através da conceção e implementação de programas de treino.

3. CONCLUSÃO

A elaboração deste projeto de estágio foi de extrema importância ao longo do decorrer do estágio pois permitiu o desenvolvimento de conhecimentos principalmente na temática escolhida e serviu como guia orientador para o desenvolvimento das competências do EEER na promoção do equilíbrio corporal, bem como nas áreas motora, cardíaca, respiratória, sensorial, cognitiva, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, com o objetivo de promover o autocuidado.

Foi possível atingir os objetivos propostos uma vez que consegui identificar e descrever a minha área de interesse perceber a sua pertinência, desenvolver intervenções de Enfermagem de Reabilitação de forma a minimizar a problemática em estudo bem como aplicar a TDAC nas minhas intervenções para a promoção do autocuidado. Foi ainda possível atingir competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem especializados na área de Reabilitação pelo que se verificou uma melhoria no equilíbrio corporal após a aplicação da maior parte das intervenções delineadas no projeto.

Durante o estágio, percebi que era desafiante intervir nesta área, porém, gratificante, pois o trabalho de promoção do autocuidado e recuperação do equilíbrio corporal demonstrou ser realista e com potencial para uma significativa melhoria da funcionalidade dos utentes.

O EEER desempenha um papel fundamental na recuperação das pessoas com alteração do equilíbrio corporal, visando a maximização da funcionalidade e reinserção na sociedade.

É importante ressaltar algumas limitações, nomeadamente o fato de não ter tido a oportunidade de trabalhar com nenhum utente que apresentasse a patologia específica de AVC, embora tenha tido a oportunidade de lidar com outras patologias neurológicas que também afetam o equilíbrio corporal, a falta de profissionais suficientes, obrigando o orientador de estágio a ter utentes ao seu encargo não conseguindo focalizar somente na reabilitação, o tempo limitado de estágio que impediu uma avaliação mais abrangente dos resultados a longo prazo das intervenções implementadas e a complexidade de cada pessoa o que dificultou e limitou a aplicação de algumas atividades.

Para futuras melhorias considero que seria mais benéfico a prática dos estágios a pares, isto porque facilita na adaptação aos locais de estágio e os estagiários podem colaborar, partilhar conhecimentos e habilidades, facilitando a implementação das intervenções planeadas.



4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alligood, M.R. (2022). *Modelos y Teorías en Enfermería*. (10ª ed.). Elsevier. Consultado em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-PT&lr=&id=ekqGEAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA198&dq=teoria+do+d%C3%A9ficit+do+autocuidado&ots=89Sn4RvuLS&sig=6exbAqGs9Afn5stIkhPmZmh6TJU#v=onepage&q&f=true>

Gadidi, V., Katz-Leurer, M., Carmeli, E., & Bornstein, N. M. (2011). Long-term outcome poststroke: predictors of activity limitation and participation restriction. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 92(11), 1802–1808. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2011.06.014>

Ijmker, T., Houdijk, H., Lamothe, C. J., Jarbandhan, A. V., Rijntjes, D., Beek, P. J., & van der Woude, L. H. (2013). Effect of balance support on the energy cost of walking after stroke. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 94(11), 2255–2261. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2013.04.022>

Isik, E., & Fredland, N. M. (2023). Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory to Improve Children's Self-Care: An Integrative Review. *The Journal of school nursing : the official publication of the National Association of School Nurses*, 39(1), 6–17. <https://doi.org/10.1177/10598405211050062>

Kim, D.-H., In, T.-S., & Jung, K.-S. (2022). Effects of robot-assisted trunk control training on trunk control ability and balance in patients with stroke: A randomized controlled trial. *Technology and Health Care : Official Journal of the European Society for Engineering and Medicine*, 30(2), 413–422. <https://doi.org/10.3233/THC-202720>

Lee, C., Kamin, H., McAdoo, T., Woodworth, A., & Adams, A. (2019). Manual official of the American Psychological Association (7th ed.). <http://bibliotecaunisa.com/wp-content/uploads/2020/05/APA%20Publication%20Manual%207th%20Edition%20by%20American%20Psychological%20Association.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2014). Áreas Investigação Prioritárias Para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER Assembleia/Areas Investigacao Prioritarias para EER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER Assembleia/Areas%20Investigacao%20Prioritarias%20para%20EER.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto REPE 291 02015 VF site.pdf>

Park, B. S., Noh, J. W., Kim, M. Y., Lee, L. K., Yang, S. M., Lee, W. D., Shin, Y. S., Kim, J. H., Lee, J. U., Kwak, T. Y., Lee, T. H., Park, J., & Kim, J. (2016). A comparative study of the effects of trunk exercise program in aquatic and land-based therapy on gait in hemiplegic stroke patients. *Journal of physical therapy science*, 28(6), 1904–1908. <https://doi.org/10.1589/jpts.28.1904>

Park, S. W., Lee, K. J., Shin, D. C., Shin, S. H., Lee, M. M., & Song, C. H. (2014). The effect of underwater gait training on balance ability of stroke patients. *Journal of physical therapy science*, 26(6), 899–903. <https://doi.org/10.1589/jpts.26.899>

Peters, M. D. J., Godfrey, C. M., McInerney, P., Soares, C. B., Khalil, H., & Parker, D. (2015). The Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2015: methodology for JBI scoping reviews. *The Joanna Briggs Institute*. http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf



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

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

Rocha, I.J., 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. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s1.1.5755>

Tyson, S. F., Hanley, M., Chillala, J., Selley, A., & Tallis, R. C. (2006). Balance disability after stroke. *Physical therapy*, 86(1), 30–38. <https://doi.org/10.1093/ptj/86.1.30>

Van Crielinge, T., Truijen, S., Schröder, J., Maebe, Z., Blanckaert, K., van der Waal, C., Vink, M., & Saeys, W. (2019). The effectiveness of trunk training on trunk control, sitting and standing balance and mobility post-stroke: a systematic review and meta-analysis. *Clinical rehabilitation*, 33(6), 992–1002. <https://doi.org/10.1177/0269215519830159>

Wang, Y., Rudd, A. G., & Wolfe, C. D. (2013). Age and ethnic disparities in incidence of stroke over time: the South London Stroke Register. *Stroke*, 44(12), 3298–3304. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.113.002604>

5. APÊNDICES

5.1. APÊNDICE 1 – PLANO DE ATIVIDADES



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

PLANO DE ATIVIDADES/ ACTIVITIES PLAN

Júlia Taveira Saraiva

**Almada
2023**



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

PLANO DE ATIVIDADES/ ACTIVITIES PLAN

Júlia Taveira Saraiva

Docente Orientador: Professor Gonçalo Luís Coelho Rosa

Almada

2023

1. PLANEAMENTO DE ATIVIDADES

1.1. OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS

É fundamental desenvolver os objetivos do projeto que vão ao encontro do problema identificado inicialmente e dos resultados que devem ser obtidos. Estes têm por base as competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação ([EEER], Regulamento n.º 140/2019; Regulamento n.º 392/2019).

Com o objetivo de possibilitar o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER delineei como objetivos gerais e específicos:

- Objetivos Gerais

1. Desenvolver competências do EEER na promoção do equilíbrio corporal após Acidente Vascular Cerebral (AVC).
2. Desenvolver competências do EEER na área motora, cardíaca, respiratória, sensorial, cognitiva, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, tendo em vista a promoção do autocuidado.

- Objetivos específicos do EEER

1. Desenvolver uma prática profissional suportada em princípios éticos, deontológicos e no conhecimento científico de maior evidência.
2. Desenvolver práticas de qualidade e programas de melhoria contínua nos locais de estágio.
3. Desenvolver competências de liderança e gestão de cuidados de enfermagem, fundamentais à qualidade dos cuidados prestados.
4. Praticar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação às pessoas com alteração do equilíbrio corporal após AVC, bem como à família/ cuidador.

5. Potenciar a autonomia funcional das pessoas com incapacidades e limitações nas atividades de vida diária (AVD), nomeadamente com alteração do equilíbrio corporal após AVC, para uma maior independência, participação na sociedade e reinserção na vida familiar e social.
6. Maximizar a capacidade funcional da pessoa através da conceção e implementação de programas de treino.



Objetivos Específicos	1. Desenvolver uma prática profissional suportada em princípios éticos, deontológicos e no conhecimento científico de maior evidência.	
Domínios e Competências (Comuns do EEER)	A - Responsabilidade Profissional, Ética e Legal A1 - Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção. A2 - Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. D - Desenvolvimento das aprendizagens profissionais D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade. D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.	
Atividades/Estratégias	- Executar cuidados de enfermagem baseados nos princípios éticos e deontológicos do exercício profissional; - Prestar cuidados à pessoa e família, respeitando as suas decisões, os valores, costumes, crenças pessoais, religiosas, abstendo-se de juízos de valor; - Respeitar o direito do acesso à informação e à confidencialidade; - Demonstrar consciência dos limites e competências profissionais e pessoais, gerindo emoções e sentimentos para respostas eficientes; - Agir de forma eficaz na resolução de conflitos, utilizando estratégias de comunicação assertiva com a equipa e a pessoa cuidada; - Conhecimento dos recursos humanos, físicos e materiais existentes nos diferentes locais de estágio, que possam ser utilizados durante a prática clínica; - Identificar necessidades de intervenção através da recolha de dados junto da pessoa/família/cuidador, e consultar o processo clínico e exames complementares de diagnóstico; - Demonstrar proatividade e autonomia na tomada de decisão nas situações de prática clínica; - Identificar práticas de risco e implementar medidas preventivas que garantam a segurança, privacidade e dignidade da pessoa; - Reunir regularmente com o professor e com o enfermeiro orientador de modo a analisar o seu percurso, progresso e as	Indicadores de Avaliação - Desenvolveu uma prática de cuidados de enfermagem baseada nos princípios éticos e deontológicos que regem a profissão; - Garantiu o respeito pelos valores, costumes, as crenças pessoais e religiosas; - Assegurou o direito da pessoa à escolha e à autodeterminação, abstendo-se de juízos de valor; - Garantiu o respeito pelo direito do acesso à informação, à confidencialidade e à privacidade; - Demonstrou consciência dos seus limites pessoais e profissionais, gerindo os seus sentimentos e emoções para conseguir obter respostas eficientes; - Agiu de forma eficaz na resolução de conflitos, utilizando as melhores estratégias possíveis de comunicação assertiva com a equipa e a pessoa cuidada; - Utilizou durante a prática clínica os recursos humanos, físicos e materiais existentes nos diferentes locais de estágio; - Identificou as necessidades de intervenção e selecionou as intervenções mais apropriadas para a alta/reintegração na comunidade da pessoa/família/ cuidador; - Participou na construção da tomada de decisão em equipa; - Identificou práticas de risco e adotou uma abordagem preventiva garantindo segurança, privacidade e dignidade da pessoa;



práticas desenvolvidas; - Identificar lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação; - Contribuir para novos conhecimentos para o desenvolvimento da prática clínica especializada da intervenção do EEER, através de pesquisa em base de dados científica e apresentação dos trabalhos desenvolvidos; - Aplicar os conhecimentos provenientes dessa pesquisa.		- Reuniu regularmente com o professor e o enfermeiro orientador de modo a analisar o seu percurso, progresso e as práticas desenvolvidas; - Identificou lacunas do conhecimento e oportunidades de investigação; - Realizou pesquisas em bases de dados e contribui para novos conhecimentos da prática clínica; - Aplicou e apresentou trabalhos desenvolvidos com base na melhor evidência científica no âmbito da prática clínica especializada da intervenção do EEER; - Aplicou os conhecimentos adquiridos após a pesquisa.
Recursos	Humanos: Equipa multidisciplinar; Enfermeiro orientador; Professor; Utente e família/cuidador. Materiais: Bibliografia sobre conteúdos científicos na área da reabilitação; Protocolos e normas dos serviços/instituição; Legislação; Processos clínicos dos utentes e exames complementares de diagnóstico; Código deontológico; Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros; Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e EEER. Físicos: Hospital ██████████, Serviço de Neurocirurgia; Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) ██████████; ██████████, Serviço de Ortopedia; Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) ██████████ Temporais: Cronograma.	

Objetivos Específicos	2. Desenvolver práticas de qualidade e programas de melhoria contínua nos locais de estágio.	
Domínios e Competências (Comuns do EEER)	B - Melhoria da Qualidade B1 - Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. B2 - Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade. B3 - Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.	
Atividades/Estratégias		Indicadores de Avaliação
- Integrar a equipa multidisciplinar do serviço; - Conhecer a dinâmica, protocolos, normas, instrumentos de registo e avaliação, nos diferentes locais de ensino clínico;		- Integrou a equipa multidisciplinar e participou nas atividades do serviço e demonstrou conhecer a sua dinâmica, normas, instrumentos de registo e avaliação, e protocolos de cuidados;

- Identificar necessidades de formação/melhoria de práticas clínicas através da realização de entrevista com o enfermeiro chefe, enfermeiro orientador e restante equipa de enfermagem; - Participar nos projetos de melhoria contínua da qualidade; - Desenvolver uma Norma para o serviço de forma a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados; - Apresentar a Norma desenvolvida e perceber juntamente com a equipa aplicabilidade na prática dos cuidados pelos EEER; - Participar em auditorias de avaliação dos projetos de melhoria contínua desenvolvidos no serviço e analisar os resultados obtidos; - Identificação dos principais fatores de risco que possam comprometer o bem-estar da pessoa e envolver a família/ cuidador para uma prática de cuidados segura.	- Entrevistou equipa de enfermagem, enfermeiro chefe e enfermeiro orientador dos locais de ensino clínico para incorporar projetos existentes e identificar necessidades de formação; - Participou em projetos de melhoria contínua da qualidade; - Desenvolveu uma Norma para o serviço de forma a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados; - Apresentar a Norma desenvolvida a equipa e aceitou as diferentes opiniões de forma construtiva; - Participar em auditorias de avaliação dos projetos de melhoria contínua desenvolvidos no serviço e analisar os resultados obtidos; - Identificou fatores de risco que comprometem o bem-estar e a segurança da pessoa; - Envolveu a família na prevenção de fatores de risco e promoveu uma prática de cuidado segura.
Recursos	Humanos: Equipa multidisciplinar; Enfermeiro orientador; Professor; Utente e família/cuidador. Materiais: Bibliografia sobre conteúdos científicos na área da reabilitação; Protocolos e normas dos serviços/instituição; Legislação; Processos clínicos dos utentes e exames complementares de diagnóstico; Código deontológico; Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros; Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e EEER. Físicos: Hospital [REDACTED] Serviço de Neurocirurgia; Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) [REDACTED]; [REDACTED], Serviço de Ortopedia; Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) [REDACTED] Temporais: Cronograma.

Objetivos Específicos	3. Desenvolver competências de liderança e gestão dos cuidados de enfermagem, fundamentais à qualidade dos cuidados prestados.
Domínios e Competências (Comuns do EEER)	C - Domínio da gestão dos cuidados C1 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde. C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.
Atividades/Estratégias	Indicadores de Avaliação
-Avaliar a complexidade da situação de saúde da pessoa e das suas necessidades e referenciar para outros profissionais de saúde quando	- Avaliou as necessidades da pessoa e referenciou para outros profissionais de saúde quando necessário;



necessário; - Colaborar nas decisões da equipa multidisciplinar; - Gerir cuidados em função dos recursos existentes e das necessidades da pessoa/ família/ cuidador; - Envolver a equipa multidisciplinar na continuidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação; - Garantir a segurança e qualidade dos cuidados delegados noutros profissionais de saúde bem como na família/ cuidador através da supervisão e orientação; - Procurar promover um ambiente positivo e estratégias de motivação e envolvimento da equipa multidisciplinar na prestação de cuidados.		- Colaborou nas decisões da equipa multidisciplinar; - Geriu os cuidados em função dos recursos existentes e as necessidades da pessoa/família/ cuidador; - Envolveu a equipa multidisciplinar na continuidade de cuidados de enfermagem de reabilitação; - Demonstrou capacidades de suporte, delegação, orientação e supervisão de outros profissionais, garantindo a segurança e qualidade das intervenções delegadas; - Promoveu um ambiente positivo e aplicou estratégias de motivação e envolvimento da equipa multidisciplinar na prestação de cuidados.
Recursos	Humanos: Equipa multidisciplinar; Enfermeiro orientador; Professor; Utente e família/cuidador. Materiais: Bibliografia sobre conteúdos científicos na área da reabilitação; Protocolos e normas dos serviços/instituição; Legislação; Processos clínicos dos utentes e exames complementares de diagnóstico; Código deontológico; Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros; Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e EEER. Físicos: Hospital [REDACTED] Serviço de Neurocirurgia; Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) [REDACTED]; [REDACTED], Serviço de Ortopedia; Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) [REDACTED] Temporais: Cronograma.	

Objetivos Específicos	4. Praticar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação às pessoas com alteração do equilíbrio corporal após AVC, bem como à família/ cuidador.	
Domínios e Competências (Específicas do EEER)	J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.	
Atividades/Estratégias		Indicadores de Avaliação
- Recolher informação que permitam identificação de necessidades especiais da pessoa/ família/ cuidador. - Avaliar a capacidade funcional da pessoa para realizar as AVD, bem como fatores que facilitam ou impedem a independência da sua		- Identificou necessidades especiais da pessoa/ família/ cuidador através da colheita de dados; - Avaliou a capacidade funcional da pessoa para realizar as AVD, bem como fatores que facilitam ou impedem a independência da

realização; -Avaliar o impacto psicossocial que advém das alterações da capacidade funcional, e que interfere nos processos adaptativos e na qualidade de vida da pessoa cuidada; -Identificar necessidades de intervenção que existam a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação (vesical e intestinal) e sexualidade, e desenvolver programas de reabilitação individualizados para a otimização e reeducação das capacidades funcionais; -Discutir e definir com o Enfermeiro orientador as intervenções mais adequadas e prioritárias para reeducar/ otimizar a funcionalidade; - Englobar a pessoa/ família/ cuidador, na definição das intervenções a implementar para promover o bem-estar e qualidade de vida; - Avaliar os resultados após execução das intervenções de enfermagem de reabilitação implementadas, com recursos a instrumentos / escalas precisas e validadas; - Gerir os recursos necessários para realizar as diferentes atividades inerentes aos processos terapêuticos facilitadoras para a transição saúde/doença e incapacidade. - Implementar ensinamentos e treino de técnicas baseadas nos programas de reabilitação, que promovam o autocuidado e a continuidade dos cuidados nos diferentes contextos (domicílio/comunidade); - Promover a monitorização e reformulação necessária dos programas de reabilitação assentes na redução do risco, otimização e reeducação da capacidade funcional e treino. - Envolver a família/ cuidador no planeamento precoce da alta e identificar as necessidades no regresso a casa; - Elaborar registos de enfermagem que demonstrem a intervenção efetuada pelo EEER.	sua realização; - Avaliou o impacto psicossocial que advém das alterações da capacidade funcional, e que interfere nos processos adaptativos e na qualidade de vida da pessoa cuidada; - Identificou as necessidades de intervenção para otimização e reeducação das capacidades funcionais a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação (vesical e intestinal) e sexualidade e desenvolveu programas de reabilitação individualizados; -Discutiu e definiu com o Enfermeiro orientador as intervenções mais adequadas e prioritárias para reeducar/ otimizar a funcionalidade; - Englobou a pessoa/ família/ cuidador, na definição das intervenções a implementar para promover o bem-estar e qualidade de vida; - Avaliou os resultados após execução das intervenções de enfermagem de reabilitação implementadas, com recursos a instrumentos / escalas precisas e validadas; - Geriu os recursos necessários para realizar as diferentes atividades inerentes aos processos terapêuticos facilitadoras para a transição saúde/doença e incapacidade. - Implementou ensinamentos e treino de técnicas baseadas nos programas de reabilitação, que promovam o autocuidado e a continuidade dos cuidados nos diferentes contextos (domicílio/comunidade); - Promoveu a monitorização e reformulação necessária dos programas de reabilitação assentes na redução do risco, otimização e reeducação da capacidade funcional e treino. - Envolveu a família/ cuidador no planeamento precoce da alta e identificou as necessidades no regresso a casa; - Elaborou registos de enfermagem que demonstram a intervenção efetuada pelo EEER.
--	--

Recursos	Humanos: Equipa multidisciplinar; Enfermeiro orientador; Professor; Utente e família/cuidador. Materiais: Bibliografia sobre conteúdos científicos na área da reabilitação; Protocolos e normas dos serviços/instituição; Legislação; Processos clínicos dos utentes e exames complementares de diagnóstico; Código deontológico; Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros; Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e EEER. Físicos: Hospital [REDACTED] Serviço de Neurocirurgia; Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) [REDACTED]; [REDACTED] [REDACTED], Serviço de Ortopedia; Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) [REDACTED] Temporais: Cronograma.
-----------------	--

Objetivos Específicos	5. Potenciar a autonomia funcional das pessoas com incapacidades e limitações AVD, nomeadamente com alteração do equilíbrio corporal após AVC, para uma maior independência, participação na sociedade e reinserção na vida familiar e social.	
Domínios e Competências (Específicas do EEER)	J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados. J2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania. J3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.	
Atividades/Estratégias	Indicadores de Avaliação	
- Avaliar alterações que resultem em limitações da atividade e/ou restrição na participação e reintegração na sociedade; - Identificar precocemente as necessidades da pessoa; - Identificar de problemas que possam limitar a funcionalidade no contexto de vida da pessoa, englobando a família/ cuidador sobre quais as alterações a realizar e estratégias a implementar com recurso a técnicas e tecnologias específicas facilitadoras do autocuidado; - Ensinar à pessoa técnicas para o autocuidado; - Elaborar e implementar programas de treino de AVD 's tendo em conta as barreiras arquitetónicas que possam existir, de forma a adaptar a pessoa/família/ cuidador às mesmas, bem como às suas limitações da mobilidade; - Sugerir a implementação de alterações no ambiente da pessoa de	- Avaliou alterações que levaram em limitações da atividade e/ou restrição na participação e reintegração na sociedade; - Identificou precocemente as necessidades da pessoa; - Identificou problemas que limitaram a funcionalidade no contexto de vida da pessoa, englobando a família/ cuidador sobre quais as alterações a realizar e estratégias a implementar com recurso a técnicas e tecnologias específicas facilitadoras do autocuidado; - Ensinou a pessoa técnicas para o autocuidado; - Elaborou e implementou programas de treino de AVD tendo em conta as barreiras arquitetónicas existentes, de forma a adaptar a pessoa/família/ cuidador às mesmas, bem como às suas limitações da mobilidade; - Sugeriu a implementação de alterações no ambiente da pessoa	

forma a diminuir as limitações à sua participação na sociedade; - Elaborar, implementar e avaliar os planos intervenção supervisionados pelo Enfermeiro Orientador visando a adaptação às limitações identificadas. - Utilizar produtos de apoio como dispositivos de compensação para o treino das AVD e treinos de exercício físico; -Aconselhar, treinar e ensinar sobre produtos de apoio de forma a promover a independência funcional, diminuindo os fatores de risco e promovendo um ambiente seguro e terapêutico; - Discutir e definir com o Enfermeiro orientador as prioridades de intervenção; - Definir com a pessoa/família/ cuidador os resultados esperados; - Colaborar com a equipa multidisciplinar para dar continuidade no programa de reabilitação; - Procura na comunidade dos recursos disponíveis, promovendo a funcionalidade, a acessibilidade e a participação social da pessoa/família/ cuidador. - Promover a capacitação funcional e maximização do potencial da pessoa, do bem-estar e da qualidade de vida.	de forma a diminuir as limitações à sua participação na sociedade; -Elaborou, implementou e avaliou os planos intervenção supervisionados pelo Enfermeiro Orientador visando a adaptação às limitações identificadas - Utilizou produtos de apoio como dispositivos de compensação para o treino das AVD e treinos de exercício físico; -Aconselhou, treinou e ensinou sobre produtos de apoio de forma a promover a independência funcional, diminuindo os fatores de risco e promovendo um ambiente seguro e terapêutico; - Discutiu e definiu com o Enfermeiro orientador as prioridades de intervenção; - Definiu com a pessoa/família/ cuidador os resultados esperados; -Colaborou com a equipa multidisciplinar para dar continuidade no programa de reabilitação; - Procurou na comunidade dos recursos disponíveis, promovendo a funcionalidade, a acessibilidade e a participação social da pessoa/família/ cuidador. -Promoveu a capacitação funcional e maximização do potencial da pessoa, do bem-estar e da qualidade de vida.
Recursos	Humanos: Equipa multidisciplinar; Enfermeiro orientador; Professor; Utente e família/cuidador. Materiais: Bibliografia sobre conteúdos científicos na área da reabilitação; Protocolos e normas dos serviços/instituição; Legislação; Processos clínicos dos utentes e exames complementares de diagnóstico; Código deontológico; Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros; Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e EEER. Físicos: Hospital [REDACTED] Serviço de Neurocirurgia; Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) [REDACTED]; [REDACTED], Serviço de Ortopedia; Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) [REDACTED] Temporais: Cronograma.



Objetivos Específicos	6. Maximizar a capacidade funcional da pessoa através da conceção e implementação de programas de treino.	
Domínios e Competências (Específicas do EEER)	J3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.	
Atividades/Estratégias		Indicadores de Avaliação
- Basear a prática clínica em bibliografia com a melhor evidência científica sobre as funções cardíaca, respiratória e motora; - Realizar intervenções de enfermagem de reabilitação à pessoa tendo em conta a sua complexidade e vulnerabilidade, com vista à promoção da saúde e à prevenção de lesões; -Avaliar os resultados dos programas de reabilitação implementados recorrendo à aplicação de instrumentos/ escalas de avaliação precisas e validadas; - Ensinar, instruir e treinar técnicas para maximizar o desempenho funcional.		- Baseou a prática clínica em bibliografia com a melhor evidência científica sobre as funções cardíaca, respiratória e motora; - Realizou intervenções de enfermagem de reabilitação à pessoa tendo em conta a sua complexidade e vulnerabilidade, com vista à promoção da saúde e à prevenção de lesões; -Avaliou os resultados dos programas de reabilitação implementados recorrendo à aplicação de instrumentos/ escalas de avaliação precisas e validadas; - Ensinou, instruiu e treinou técnicas para maximizar o desempenho funcional.
Recursos	Humanos: Equipa multidisciplinar; Enfermeiro orientador; Professor; Utente e família/cuidador. Materiais: Bibliografia sobre conteúdos científicos na área da reabilitação; Protocolos e normas dos serviços/instituição; Legislação; Processos clínicos dos utentes e exames complementares de diagnóstico; Código deontológico; Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros; Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e EEER. Físicos: Hospital [REDACTED] Serviço de Neurocirurgia; Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) [REDACTED]; [REDACTED], Serviço de Ortopedia; Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) [REDACTED] Temporais: Cronograma.	

Objetivo Geral	Desenvolver competências do EEER na promoção do equilíbrio corporal após AVC.	
Domínios e Competências (Comuns e Específicas do EEER)	A1 - Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de Enfermagem de Reabilitação, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; A2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; B1 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro; C1 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados; D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica; J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; J2 - Capacita a pessoa com deficiências, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; J3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.	
Atividades/Estratégias	- Adquirir e aplicar os conhecimentos teóricos baseados na melhor evidência científica, sobre as complicações decorrentes do AVC, particularmente das alterações motoras do equilíbrio corporal; - Desenvolver projetos de melhoria contínua na área do AVC e programas de enfermagem de reabilitação na recuperação do equilíbrio corporal; - Desenvolver programas de reeducação funcional motora dedicados à pessoa com AVC; - Realizar a avaliação neurológica - Estado mental (consciência, orientação, atenção, memória, linguagem); 12 Pares Cranianos (funções e respetiva avaliação); Tônus muscular, força muscular, coordenação motora e equilíbrio; Sensibilidade superficial e profunda;	Indicadores de Avaliação
		- Realizou pesquisa para adquirir conhecimentos teóricos baseados na melhor evidência científica, sobre as complicações decorrentes do AVC, particularmente das alterações motoras do equilíbrio corporal; - Desenvolveu projetos de melhoria contínua na área da promoção do equilíbrio corporal e programas de enfermagem de reabilitação na recuperação do mesmo; - Aplicou programas de reeducação funcional motora dedicados à pessoa com AVC; - Realizou a avaliação neurológica e a avaliação das capacidades funcionais da pessoa com AVC e alterações no equilíbrio corporal através de escalas validadas; -Adquiriu e aplicou os conhecimentos teóricos e práticos sobre

- Avaliar a capacidade funcional da pessoa com AVC com alterações no equilíbrio corporal através da aplicação de escalas de estado de consciência (Escala de Consciência de Glasgow), avaliação da força muscular (MRC-Medical Research Council), avaliação da espasticidade (Escala de Ashworth modificada), avaliação da coordenação motora (Prova dedo-nariz e calcanhar Joelho); avaliação do equilíbrio (Escala de Equilíbrio de Berg), avaliação do autocuidado (Índice de Barthel e MIF-Medida de Independência Funcional) e a avaliação Neurológica; - Desenvolver e aplicar conhecimentos teóricos e práticos sobre estimulação neurosensorial e reeducação funcional motora (posicionamento, transferência, levantar, equilíbrio sentado e ortostático, exercícios de reforço muscular) na pessoa com AVC e alterações no equilíbrio corporal; - Basear as intervenções de EEER à pessoa com AVC e com alterações do equilíbrio corporal na Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem; - Planejar, aplicar e avaliar programas de reabilitação a pessoa com AVC e alteração do equilíbrio corporal que permitam uma maior independência na realização das AVD.	estimulação neurosensorial e reeducação funcional motora (posicionamento, transferência, levantar, equilíbrio sentado e ortostático, exercícios de reforço muscular) na pessoa com AVC e alterações no equilíbrio corporal; - Baseou a prática clínica na Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem; - Planeou, aplicou e avaliou programas de reabilitação a pessoa com AVC e alteração do equilíbrio corporal que permitiram uma maior independência na realização das AVD.
Recursos	Humanos: Equipa multidisciplinar; Enfermeiro orientador; Professor; Utente e família/cuidador. Materiais: Bibliografia sobre conteúdos científicos na área da reabilitação; Protocolos e normas dos serviços/instituição; Legislação; Processos clínicos dos utentes e exames complementares de diagnóstico; Código deontológico; Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros; Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e EEER. Físicos: Hospital [REDACTED] Serviço de Neurocirurgia; Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) [REDACTED]; [REDACTED], Serviço de Ortopedia; Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) [REDACTED] Temporais: Cronograma.

CRONOGRAMA

[illegible]

APÊNDICE 2 – PROTOCOLO DA REVISÃO *SCOPING*



PROTOCOLO DA REVISÃO *SCOPING*

Objetivo: Descrever e mapear as tendências atuais nas intervenções de reabilitação na promoção do equilíbrio corporal na pessoa após AVC.

Questão de investigação: Quais são as tendências atuais nas intervenções de reabilitação na promoção do equilíbrio corporal na pessoa após AVC?

População: Pessoa após AVC.

Conceito: Promoção do equilíbrio corporal.

Contexto: Intervenções de reabilitação.

Metodologia de pesquisa:

A pesquisa bibliográfica foi realizada na plataforma EBSCOhost via Ordem dos Enfermeiros: CINAHL Complete, MEDLINE Complete e Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, para identificação das referências.

Descritores: Stroke; Rehabilitation; Postural Balance.

Critérios de inclusão e exclusão:

Parâmetro	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
População	Pessoas com AVC; Adultos ≥ 18 anos.	Outras condições de saúde para além do AVC.
Conceito	Estudos que exploram intervenções não invasivas que promovam o equilíbrio corporal.	Estudos que não abordem intervenções que promovam o equilíbrio corporal; Estudos que utilizem técnicas invasivas.
Contexto	Estudos realizados em ambientes de reabilitação.	Estudos relacionados em ambientes não relacionados à saúde ou à reabilitação.
Design de estudo	Estudos experimentais e estudos quase-experimentais.	Outro tipo de estudos.

APÊNDICE 3 – NORMA DE PROCEDIMENTO HOSPITALAR:
CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA
COM EQUILÍBRIO CORPORAL COMPROMETIDO



[POL 0XXX OU NPG 1XXX OU NOC 2XXX]

SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA I

NORMA DE PROCEDIMENTO

NEUROC- 3089

CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM EQUILÍBRIO CORPORAL COMPROMETIDO

APROVAÇÃO

FINALIDADE	Dispor de orientações para a conceção de um programa de reabilitação à pessoa com equilíbrio corporal comprometido, decorrente de lesão neurológica
DESTINATÁRIOS	Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação
PALAVRAS-CHAVE	Reabilitação, Equilíbrio corporal, Lesão Neurológica

HCO Med 24/07/21 pax 208

Autores	Estudantes EEER Enf.(s) Joana Teodoro; Julia Saraiva; Marlene Cavaco. Orientadores Enf.(s) Especialistas Reab. [REDACTED]	2023.07.21
Verificação SGQ/CQS	[REDACTED]	
Aprovação	[REDACTED]	
Divulgação	Mail	
Versão		



ÍNDICE

SIGLAS	3
CONCEITOS	4
1. Equilíbrio Corporal	4
2. Equilíbrio Corporal segundo a Classificação Internacional para a prática de Enferma- gem(CIPE).....	4
3. Equilíbrio Corporal Comprometido	4
4. Avaliação do Equilíbrio Corporal	5
5. Programa de Reabilitação	5
DESCRIÇÃO	6
1. AVALIAÇÃO DO EQUILIBRIO CORPORAL ESTÁTICO E DINÂMICO	6
2. AVALIAÇÃO DO EQUILIBRIO CORPORAL- “ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG”	6
3. CONSTRUÇÃO DO PROGRAMA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO PARA A PESSOA COM DANOS NEUROLÓGICOS, COM EQUILÍBRIO CORPORAL COMPROMETIDO	7
4. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM EQUILÍBRIO COR- PORAL COMPROMETIDO	8
4.1. EXERCÍCIOS NO LEITO	9
4.2. EXERCÍCIOS NA POSIÇÃO SENTADO	11
4.3. EXERCÍCIOS EM POSIÇÃO ORTOSTÁTICA	14
4.4. EXERCÍCIOS DE REABILITAÇÃO VESTIBULAR	17
INDICADORES	22
1. INDICADORES DE ESTRUTURA	22
2. INDICADORES DE PROCESSO	22
3. INDICADORES DE RESULTADOS	22
BIBLIOGRAFIA.....	24
ANEXOS.....	25
ANEXO 1	26



SIGLAS

CIPE- Classificação Internacional para a prática de Enfermagem

EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

OE- Ordem dos Enfermeiros

CONCEITOS

1. Equilíbrio Corporal

O equilíbrio corporal permite manter a postura sem grandes oscilações ou durante a execução de uma atividade motora, que é conseguida através da interação do sistema sensorial, músculo-esquelético e sistema nervoso central (Leme et al., 2017). Representa um processo complexo que é coordenado pelas informações visuais, vestibulares e somatossensoriais para o sistema nervoso central (Alashram et al., 2020).

Os **sistemas sensoriais** (visuais, propriocetivas e vestibulares) conduzem informações específicas por via aferente ao sistema nervoso central, ao qual é acionado para organizar as informações e controlar a postura corporal tanto estática como dinâmica (Prusch et al., 2021).

O cérebro utiliza o **sistema vestibular** como referência primordial onde está a ocorrer o movimento. Representa o único sentido que está referenciado de forma intrínseca, sendo que a informação visual e somatossensorial são referenciadas ao ambiente externo, necessitando de uma interpretação adequada sobre o indivíduo ou ambiente à sua volta (Huber et al., 2009).

O equilíbrio corporal subdivide-se em equilíbrio estático e dinâmico, sendo o **equilíbrio estático** definido pela capacidade de manter uma posição confortável em repouso e o **equilíbrio dinâmico** a capacidade de realizar a transição ou deslocação entre posições, através de movimentos uniformes (Huber et al., 2009).

2. Equilíbrio Corporal segundo a CIPE (versão 2015)

"Segurança do corpo e coordenação dos músculos, ossos e articulações para movimentar-se, pôr-se de pé, sentar-se ou deitar-se" (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2016).

3. Equilíbrio Corporal Comprometido

No caso de existir incapacidade de processamento e transmissão de informação das vias eferentes do sistema nervoso central, por lesão ou disfunção, ocorre alteração na resposta neuromuscular, levando ao compromisso do equilíbrio corporal (Leme et al., 2017). Assim, a capacidade de processar informações provenientes dos sentidos e de transformar as informações em resposta motora é um processo fundamental no controlo do equilíbrio corporal (Gera et al., 2018).



A perda parcial ou total do equilíbrio estático e dinâmico após lesão neurológica vascular ou traumática é uma disfunção importante na neurorreabilitação. A recuperação do equilíbrio ortostático e da capacidade de marcha, são os elementos mais importantes da reabilitação após lesão neurológica (Gacsal et al., 2018).

4. Avaliação do Equilíbrio Corporal

Para a avaliação do equilíbrio corporal, têm-se desenvolvido diversos instrumentos com base em testes e escalas devidamente validados. O Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação recomenda 5 escalas, contudo muitas delas foram desenvolvidas com o objetivo de prevenir a queda, sendo frequentemente testadas com a pessoa idosa.

Sendo o nosso objetivo a reabilitação de pessoas com distúrbios neurológicos agudos com vista à obtenção de ganhos no equilíbrio corporal comprometido, considerámos que a escala que melhor se enquadrava no pretendido é a Escala de Berg. Não deixámos de recorrer também à escala de avaliação introduzida em SClinico que mais não é do que a Escala de Berg modificada, uma vez que é através deste sistema que temos de elaborar registos e poderemos vir a obter indicadores capazes de orientar a prática de cuidados.

O que prediz o uso de uma ou outra está na individualidade biológica do paciente, na especificidade do diagnóstico apresentado e nos critérios terapêuticos (Farinatti et al., 2005).

5. Programa de Reabilitação

Estabelecimento de um cronograma suportado por um plano de intervenções de enfermagem de reabilitação, que tem por base uma avaliação prévia que deve ser realizada por peritos, com vista a atingir determinados objetivos, a nível motores, cognitivos e/ou funcional.

O EEER desempenha um papel de primordial no restabelecimento do equilíbrio corporal, através da implementação de programas que visem melhorar o equilíbrio corporal e minimizar as alterações decorrentes do mesmo, no sentido de maximizar as capacidades funcionais, na promoção do autocuidado, qualidade de vida e participação social (Rocha et al., 2020).

DESCRIÇÃO

1. Avaliação do Equilíbrio Corporal Estático e Dinâmico

Considerando o foco equilíbrio corporal, a identificação da necessidade de intervenções de enfermagem de reabilitação deve ser feita numa primeira abordagem, mediante a presença ou ausência dos seguintes critérios:

- **Equilíbrio estático sentado** (sentado na cama com as mãos apoiadas na cama e os pés apoiados no chão);
- **Equilíbrio dinâmico sentado** (induzir ligeiro balanço nos ombros da pessoa de forma que esta compense o movimento);
- **Equilíbrio estático em posição ortostática** (de pé com membros superiores em extensão, de pé com membros superiores em flexão, de pé com os olhos fechados);
- **Equilíbrio dinâmico em posição ortostática** (exercícios realizados ao fundo da cama/ barra lateral do corredor com o enfermeiro: alternância de carga nos membros inferiores, flexão do joelho, flexão/extensão coxofemoral, elevação lateral da perna (em abdução), agachamentos com correção postural, levantar/sentar sem apoio de mãos. (Rocha et al., 2020)).

2. Avaliação do Equilíbrio Corporal - “Escala de Equilíbrio de Berg” (Anexo 1)

Avalia o equilíbrio corporal funcional, estático e dinâmico e o risco de queda em pessoas adultas. É constituída por um conjunto de 14 tarefas de coordenação (Berg, 1992).

Cada tarefa é avaliada com uma **pontuação de 0 a 4**, em que:

- “0” Zero - representa incapacidade para realizar a tarefa
- “4” Quatro– representa a capacidade para realizar a tarefa de forma independente.

Quanto maior a pontuação, maior a capacidade para manter o equilíbrio, correspondendo a uma maior independência para a tarefa e menor o risco de queda (OE, 2016).

A pontuação obtida é interpretada com base da seguinte forma:

- 0 a 20 diminuição do equilíbrio;
- 21 a 40 equilíbrio aceitável;
- 41 a 56 bom equilíbrio (OE, 2016).



ESCALA DE EQUILIBRIO DE BERG	
Descrição dos itens	Pontuação (0-4)
1) Posição sentada para posição em pé	
2) Permanecer em pé sem apoio (ponto 3, equilíbrio ortostático estático)	
3) Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho (ponto 1, equilíbrio sentado estático)	
4) Posição em pé para posição sentada	
5) Transferências	
6) Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados	
7) Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos	
8) Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé.	
9) Apanhar um objeto do chão a partir da posição em pé.	
10) Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé (ponto 4, equilíbrio ortostático dinâmico)	
11) Girar 360 graus (ponto 4, equilíbrio ortostático dinâmico)	
12) Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banco enquanto permanece em pé sem apoio	
13) Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente	
14) Permanecer em pé sobre uma perna	
TOTAL	
Legenda: 0 - Incapaz de executar; 4 - capaz de executar de forma independente); Score total de 56 pontos.	
Resultados: 41-56 = baixo risco de queda / equilíbrio bom; 21-40 = risco de queda médio/ equilíbrio médio; 0 - 20 = elevado risco de queda / equilíbrio diminuído.	

3. Construção do Programa de Enfermagem de Reabilitação para a Pessoa com danos neurológicos com Equilíbrio Corporal Comprometido

A construção do programa de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com equilíbrio comprometido, deve partir da utilização das escalas capazes, as quais orientam o perito para uma seleção de exercícios com base na individualidade biológica da pessoa, no diagnóstico e nos critérios terapêuticos.

Recomenda-se a introdução de alguns exercícios nas Atividades de Vida Diária, potenciando o resultado do programa e orientado para a funcionalidade.

4. Intervenções de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Equilíbrio Corporal Comprometido

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES NO SCLINICO
Equilíbrio comprometido Grau: - Reduzido - Moderado - Elevado	Avaliar equilíbrio Corporal 1. Equilíbrio estático sentado (Sim/Não) 2. Equilíbrio dinâmico sentado (Sim/Não) 3. Equilíbrio ortostático estático (Sim/Não) 4. Equilíbrio ortostático dinâmico (Sim/Não) 5. Deformidades da coluna (Sim/Não) 6. Dismetria dedo nariz (Sim/Não) 7. Dismetria calcanhar joelho (Sim/Não) 8. Adota posições viciosas (Sim/Não)
	Planear treino de equilíbrio corporal
	Incentivar a treinar o equilíbrio corporal
	Assistir a pessoa a promover o equilíbrio através de técnicas de posicionamento
	Executar técnica de posicionamento para promover equilíbrio corporal
Potencial para melhorar o conhecimento sobre equilíbrio corporal	Avaliar conhecimento sobre equilíbrio corporal Técnica de equilíbrio corporal (Não Demonstrado/Demonstrado)
	Ensinar sobre condição do doente

	Providenciar material de leitura
	Instruir sobre equilíbrio corporal
Potencial para melhorar a capacidade para executar técnica do equilíbrio corporal	Avaliar a capacidade para o equilíbrio corporal
	Executar técnica de equilíbrio corporal
	Instruir sobre equilíbrio corporal
	Instruir sobre técnicas para aumentar o equilíbrio corporal
	Treinar o equilíbrio corporal

4.1. Exercícios no Leito

1. Anteroversão-retroversão da bacia: Flexão coxo-femural e dos joelhos. Pés e mãos do utente apoiados no leito. Anteroversão-retroversão seletiva da bacia. O EEER posiciona-se ao lado do utente, apoiando a bacia e os joelhos.	
2. Rotação superior do tronco: Apoiar o tronco e os pés do utente no leito, colocar os joelhos fletidos, braços fletidos sobre o tórax. O EEER estabiliza a bacia do utente e esta roda do lado afetado para o lado não afetado e vice-versa. Para aumentar o grau de dificuldade, aplicar uma resistência no ombro.	

3. Elevação pélvica: O utente levanta a bacia do leito, mantendo um alinhamento lombar e pélvico. Para aumentar o grau de dificuldade, aplicar uma resistência sobre a bacia.	
4. Elevação pélvica com movimento lateral: O utente levanta a bacia do leito e inclina-se para o lado direito e esquerdo. O EEER deve apoiar os joelhos e os pés do utente.	
5. Elevação pélvica pré-unilateral: - Colocar uma perna à frente da outra aproximadamente a 20 centímetros de distância (membro lesado à frente do não lesado e vice versa) e levantar a bacia. - A perna lesada do utente está apoiada na bola suíça e o utente levanta a bacia com a perna não afetada e vice-versa, fazendo a flexão do joelho e coxo-femoral.	
6. Elevação pélvica unilateral: Levantar a perna não afetada do leito, mantendo a posição de elevação pélvica, o EEER apoia a perna afetada.	

7. Elevação pélvica unilateral com bola suíça: A perna não afetada fica sobre a bola suíça e o utente levanta a bacia e a perna afetada com apoio do EEER.	
8. Rotação da parte inferior do tronco: As pernas do utente são apoiadas na bola suíça, com flexão dos joelhos e coxofemoral, rodando a parte inferior do tronco. O EEER segura o tórax do utente e apoia a perna afetada.	
9. Flexão da parte inferior do tronco: As pernas do utente são apoiadas numa bola suíça, com flexão dos joelhos e coxofemoral sobre o peito. (Cabanas-Valdés et al., 2021; Ahmed, et al., 2021; Júnior, et al., 2014)	

4.2. Exercícios em Posição sentado

1. Flexão-extensão do tronco: O utente senta-se no leito/cadeira e o EEER move o tórax do utente fazendo flexão e extensão da parte inferior do tronco (anteroversão-retroversão seletiva da bacia).	
--	--

2. Rotação da parte superior do tronco: O utente senta-se no leito/cadeira e roda a parte superior do tronco com os braços cruzados sobre o tórax, o EEER estabiliza a bacia do utente.	
3. Inclinação do tronco: O utente senta-se no leito/cadeira, inclina o tronco e toca com o cotovelo não afetado no leito ou sobre uma almofada e vice-versa.	
4. Elevação da bacia: O utente senta-se no leito/cadeira, levanta a bacia do lado afetado e vice-versa.	
5. Rotação da parte inferior do tronco: O utente senta-se no leito/cadeira, move o membro inferior não afetado para a frente e para trás e o EEER apoia a bacia. Em segundo lugar, o utente move o membro inferior afetado.	
6. Flexão/Extensão e abdução/adução do membro superior: O EEER apoia no movimento.	

7. Anteroversão-retroversão seletiva da bacia: O utente está sentado na bola suíça. O EEER move o tórax do utente, de forma a fazer flexão-extensão da parte inferior do tronco.	
8. Rotação da parte superior do tronco: O utente roda a parte superior do tronco, movimentando cada ombro para a frente e para trás com os braços cruzados sobre o tórax, e o EEER estabiliza a bacia do utente.	
9. Inclinação lateral do tronco: O utente inclina o seu tronco lateralmente. Primeiro com o lado não afetado e depois com o lado afetado.	
10. Exercício estático de controlo do tronco: O utente mantém postura sustentada com e sem resistência.	
11. Alcançar um objeto: Com um ou ambos os membros superiores para a frente (flexão do ombro) ou para os lados (abdução do ombro) e depois do chão.	

	
12. Correção postural sentado em frente ao espelho quadriculado: O utente mantém-se em frente ao espelho, corrigindo a sua postura corporal. (Cabanas-Valdés et al., 2021; Ahmed, et al., 2021; Júnior, et al., 2014)	

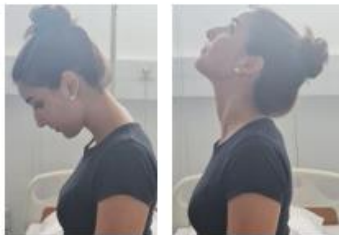
4.3. Exercícios em Posição Ortostática

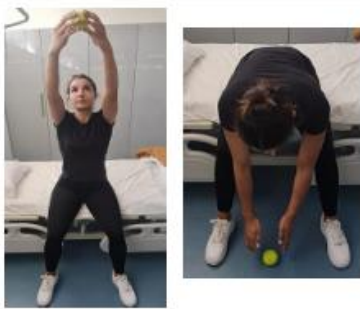
1. Levante para a posição ortostática: Inicialmente com apoio dos membros superiores, posteriormente sem apoio, com as mãos sobre os membros inferiores.	
--	--

2. Correção postural em ortostatismo, em frente ao espelho quadriculado e: utente mantém-se em frente ao espelho, corrigindo a sua postura corporal.	
3. Flexão do tornozelo: utente apoiado numa barra de apoio, com os pés afastados ao nível dos ombros, realiza a flexão do tornozelo (ponta dos pés), voltando posteriormente à posição inicial.	
4. Dorsiflexão do tornozelo: utente apoiado numa barra de apoio, com os pés afastados ao nível dos ombros, realiza a dorsiflexão do tornozelo (ponta dos calcanhares), voltando posteriormente à posição inicial.	
5. Adução/Abdução da coxofemoral: O utente de pé ao lado da cama, apoia-se com uma mão na barra. Realiza adução e abdução da perna contrária (abrir e fechar a perna), mantendo apoio unipodal (de uma só perna) sem fletir a mesma.	

6. Flexão do joelho unilateral: O utente de pé, apoia-se na barra da cama, realiza o treino de equilíbrio sobre uma perna durante 10 segundos, trocando posteriormente para a outra perna.	
7. Alinhamento dos pés em linha reta: Em posição de pé, o utente apoia-se na barra da cama, olha para a frente, coloca um pé à frente do outro e mantém a posição por 10 segundos. Posteriormente, trocar o pé de trás para a frente, mantendo a posição por 10s.	
8. Caminhar em linha reta: Utente apoia-se numa superfície com um dos membros superiores enquanto caminha em linha reta, retoma o treino no sentido contrário.	
9. Agachamento com bola suíça: O utente apoia-se posteriormente na bola suíça, encostado à parede, o EEER apoia lateralmente durante o agachamento. (Cabanas-Valdés et al., 2021; Ahmed, et al., 2021; Júnior, et al., 2014)	

4.4. Exercícios de Reabilitação Vestibular

1. Movimentos oculares: a) Olhar para cima e para baixo, mantendo a cabeça imóvel. b) Olhar para o lado direito e lado esquerdo, mantendo a cabeça imóvel.	
2. Flexão/extensão da cabeça: com os olhos abertos e depois fechados. Devagar e depois rápido, focando num ponto fixo.	
3. Inclinação da cabeça: Para o lado direito e lado esquerdo. Devagar e depois rápido.	
4. Elevação e movimentos circulares do ombro: Olhar centrado num ponto fixo na parede e realizar o movimento de elevação e circulação do ombro.	

5. Levantar um objeto acima da cabeça: Coloca-se o objeto no chão. O utente olhando-o fixamente, apanha-o e levanta-o acima da cabeça, depois coloca-o no chão novamente.	
6. Inclinar-se para a frente e passar um objeto por trás e pela frente dos joelhos: olhar sempre para a objeto.	
7. Aproximar e afastar o dedo indicador da face: olhando fixamente para o dedo e realizar o movimento.	
8. Sentar e ficar de pé: repetindo o mesmo movimento com os olhos fixos num ponto sobre o teto.	

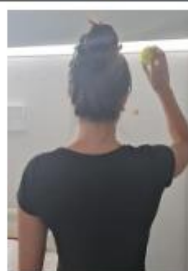
9. Sentar e ficar de pé: repetindo o mesmo movimento com os olhos fechados e membros superiores ao longo do corpo.	
10. Movimento circular de 360° para a direita e depois para a esquerda: o utente retorna à posição inicial.	
11. Lançar a bola de uma mão para a outra: Fixar o olhar sobre a bola quando essa se movimenta em direção a cada uma das mãos, acima do nível dos ombros.	

12. Andar e lançar a bola de uma mão para a outra: o utente fixa o olhar na bola.	
13. Andar numa linha reta, batendo a bola no chão: o utente fixa o olhar num ponto fixo na parede.	
14. Equilibrar-se num único membro inferior: utente com os olhos abertos e fixos sobre um ponto fixo na parede.	
15. Anda sobre um “oito” desenhado no chão: utente foca-se nos passos normais.	

16. Andar sobre uma linha reta desenhada no chão, em ritmo de marcha: o utente foca-se no objeto. Se conseguir apanhar o objeto e retrocede com passos para trás até posição inicial.



17. Tentar acertar com a bola no ponto fixo desenhado na parede: o utente foca-se no ponto fixo.



(Cabanas-Valdés et al., 2021; Ahmed, et al., 2021; Júnior, et al., 2014)



INDICADORES

1. Indicadores de Estrutura

Fazem parte dos instrumentos, recursos disponíveis e ambiente físico em meio organizacional:

- Espelho quadriculado;
- Bola Suíça;
- Bola de ténis;
- Fita;
- Horas de enfermagem de reabilitação/doente/dia;
- Norma de Procedimento que oriente para a construção do Programa de Reabilitação da pessoa com danos neurológicos e com equilíbrio corporal comprometido;
- N° de doentes com equilíbrio corporal comprometido num período de tempo.

Definição: consiste no número de horas de cuidados de enfermagem que efetivamente foram prestados em cada dia. Excluem-se as horas prestadas pelo enfermeiro-chefe e o tempo regulamentar para almoço, jantar, amamentação / aleitação, formação em serviço e outras situações legalmente estipuladas.

2. Indicadores de Processo

Referem-se ao modo como os cuidados são prestados, em tempo útil de forma a prevenir o risco de desenvolver determinado diagnóstico.

3. Indicadores de Resultado

Indicam os objetivos dos cuidados que levam à mudança do estado de saúde corrente ou futuro dos utilizadores, taxa de eficácia na prevenção de complicações, alterações positivas nas escalas ordinais do status com taxa de ganhos, na prevenção, resolução ou melhoria de status.

Modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem (reais)



- N.º de doentes com equilíbrio corporal comprometido em grau elevado que resolveram o diagnóstico, e tiveram, pelo menos, uma intervenção documentada, num dado período / N.º de doentes com equilíbrio comprometido em grau elevado no mesmo período X 100;
- N.º de doentes com equilíbrio corporal comprometido em grau elevado que transitaram para grau ligeiro, e tiveram, pelo menos, uma intervenção documentada, num dado período / N.º de doentes com equilíbrio comprometido em grau elevado no mesmo período X 100;

Taxa de incidência:

- N.º de novos casos de equilíbrio comprometido, documentados durante um dado momento / período População existente nesse momento / período X 100;

Taxa de prevalência:

- N.º. de casos com equilíbrio comprometido, documentados durante um dado momento / período População existente nesse momento / período;

Taxa de frequência relativa:

- N.º de casos com equilíbrio comprometido, documentados num dado período / Total de casos (internamentos / utentes) existentes no mesmo período X 100 (OE, 2015).

BIBLIOGRAFIA

- Ahmed, U., Karimi, H., Amir, S., & Ahmed, A. (2021). Effects of intensive multiplanar trunk training coupled with dual-task exercises on balance, mobility, and fall risk in patients with stroke: a randomized controlled trial. *The Journal of international medical research*, 49(11), 3000605211059413. <https://doi.org/10.1177/03000605211059413>
- Alashram, A. R., Annino, G., Raju, M., & Padua, E. (2020). Effects of physical therapy interventions on balance ability in people with traumatic brain injury: A systematic review. *NeuroRehabilitation*, 46(4), 455–466. <https://doi.org/10.3233/NRE-203047>
- Berg, K. O., Wood-Dauphinee, S. L., Williams, J. I., & Maki, B. (1992). Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*, 83 Suppl 2, S7–S11. https://www.researchgate.net/publication/21687774_Measuring_balance_in_the_elderly_Validation_of_an_instrument
- Cabanas-Valdés, R., Boix-Sala, L., Grau-Pellicer, M., Guzmán-Bernal, J. A., Caballero-Gómez, F. M., & Urrútia, G. (2021). The Effectiveness of Additional Core Stability Exercises in Improving Dynamic Sitting Balance, Gait and Functional Rehabilitation for Subacute Stroke Patients (CORE-Trial): Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(12). <https://doi.org/10.3390/ijerph18126615>
- Gacsai, C., Takács, K., Kovács, R., & Dénes, Z. (2018). Examination of static and dynamic balance of brain injured patients in elastic space. *Annals of Physical & Rehabilitation Medicine*, 61, e354. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2018.05.826>
- Gera, G., Chesnutt, J., Mancini, M., Horak, F. B., & King, L. A. (2018). Inertial Sensor-Based Assessment of Central Sensory Integration for Balance After Mild Traumatic Brain Injury. *Military Medicine*, 183(suppl_1), 327–332. <https://doi.org/10.1093/milmed/usx162>
- Guimarães, J. & Farinatti, P. (2005). Análise descritiva das variáveis teoricamente associadas ao risco de quedas em mulheres idosas. *Revista Brasileira Medicina esportiva*, 11(5): 280e-286e. <https://doi.org/10.1590/S1517-86922005000500011>
- Huber, F. & Wells, C. (2009). *Exercícios Terapêuticos: Planejamento do Tratamento para Progressão (1.ª Edição)*. Lusodidacta.
- Júnior, P., Kozan, E., Moraes, J., Pereira, F., Moreno, Bassan, A. (2014). Reabilitação vestibular na qualidade de vida e sintomatologia de tontura de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8), 3365–3374. doi:10.1590/1413-81232014198.11082013
- Leme, G., Carvalho, I. & Scheicher, M. (2017). Improvement of postural balance in elderly women with the use of additional sensory information. *Fisioter Pesqui*, 24(1), 68-73. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/16753224012017>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Core de Indicadores por Categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação (PQ CER). Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação: 1-23. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Core_Indicadores_por_Categoria_de_Enunciados_Descrit_PQ CER.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2016), "Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação". https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2016), CIPE® Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Edição Portuguesa, maio de 2016, ISBN Nacional: 978- 989-8444-35-6.
- Prusch, S. K. ., Barbosa, I. M., Santos, E. J. M. dos, & Lemos, L. F. C. . (2021). CONTROLE POSTURAL E O ENVELHECIMENTO. *Corpoconsciência*, 25(2), 236–251. <https://doi.org/10.51283/rc.v25i2.12702>
- Rocha, I., Bravo, M., Sousa, L., Mesquita, A. & Pestana, H. (2020). Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação no ganho do Equilíbrio Postural na pessoa após Acidente Vascular Cerebral: Estudo de Caso. *RPER*, 3(s1), 5-17.



ANEXOS



ANEXO 1

ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG

1. Posição sentada para posição em pé.

- () 4 capaz de levantar-se sem utilizar as mãos e estabilizar-se independentemente.
- () 3 capaz de levantar-se independentemente e estabilizar-se independentemente.
- () 2 capaz de levantar-se utilizando as mãos após diversas tentativas.
- () 1 necessita de ajuda mínima para levantar-se ou estabilizar-se.
- () 0 necessita de ajuda moderada ou máxima para levantar-se.

2. Permanecer em pé sem apoio

- () 4 capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos.
- () 3 capaz de permanecer em pé por 2 minutos com supervisão.
- () 2 capaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio.
- () 1 necessita de várias tentativas para permanecer em pé por 30 segundos sem apoio.
- () 0 incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio.

Se o paciente for capaz de permanecer em pé por 2 minutos sem apoio, dê o número total de pontos para o item 3. Continue com o item 4.

3. Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho.

- () 4 capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 2 minutos.
- () 3 capaz de permanecer sentado por 2 minutos com supervisão.
- () 2 capaz de permanecer sentado por 30 segundos.
- () 1 capaz de permanecer sentado por 10 segundos.
- () 0 incapaz de permanecer sentado sem apoio por 10 segundos.

4. Posição em pé para posição sentado.

- () 4 senta-se com segurança, com uso mínimo das mãos.
- () 3 controla a descida utilizando as mãos.
- () 2 utiliza a parte posterior das pernas contra a cadeira para controlar a descida.
- () 1 senta-se independentemente, mas tem descida sem controlo.
- () 0 necessita de ajuda para sentar-se.

5. Transferências.

- () 4 capaz de transferir-se com segurança com uso mínimo das mãos.
- () 3 capaz de transferir-se com segurança com o uso das mãos.
- () 2 capaz de transferir-se seguindo orientações verbais e/ou supervisão.
- () 1 necessita de uma pessoa para ajudar.
- () 0 necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar a tarefa com segurança.



6. Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados..

- () 4 capaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança.
- () 3 capaz de permanecer em pé por 10 segundos com supervisão.
- () 2 capaz de permanecer em pé por 3 segundos.
- () 1 incapaz de permanecer com os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé.
- () 0 necessita de ajuda para não cair.

7. Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos.

- () 4 capaz de posicionar os pés juntos, independentemente, e permanecer por 1 minuto com segurança.
- () 3 capaz de posicionar os pés juntos, independentemente, e permanecer por 1 minuto com supervisão.
- () 2 capaz de posicionar os pés juntos, independentemente, e permanecer por 30 segundos.
- () 1 necessita de ajuda para posicionar-se, mas é capaz de permanecer com os pés juntos durante 15 segundos.
- () 0 necessita de ajuda para posicionar-se e é incapaz de permanecer nessa posição por 15 segundos.

8. Alcançar à frente com o braço estendido, permanecendo em pé.

- () 4 pode avançar à frente mais que 25cm com segurança.
- () 3 pode avançar à frente mais que 12,5cm com segurança.
- () 2 pode avançar à frente mais que 5cm com segurança.
- () 1 pode avançar à frente, mas necessita de supervisão.
- () 0 perde o equilíbrio na tentativa, ou necessita de apoio externo.

9. Pegar um objeto do chão a partir de uma posição em pé.

- () 4 capaz de pegar o chinelo com facilidade e segurança.
- () 3 capaz de pegar o chinelo, mas necessita de supervisão.
- () 2 incapaz de pegá-lo mas se estica, até ficar a 2-5cm do chinelo, e mantém o equilíbrio independentemente.
- () 1 incapaz de pegá-lo, necessitando de supervisão enquanto está tentando.
- () 0 incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair.

10. Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé.

- () 4 olha para trás de ambos os lados com boa distribuição do peso.
- () 3 olha para trás somente de um lado; o lado contrário demonstra menor distribuição do peso.
- () 2 vira somente para os lados, mas mantém o equilíbrio.
- () 1 necessita de supervisão para virar.
- () 0 necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair.

11. Girar 360°

- () 4 capaz de girar 360° com segurança em 4 segundos ou menos.
- () 3 capaz de girar 360° com segurança somente para um lado em 4 segundos ou menos.
- () 2 capaz de girar 360° com segurança, mas lentamente.



- () 1 necessita de supervisão próxima ou orientações verbais.
- () 0 necessita de ajuda enquanto gira.

12. Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio.

- () 4 capaz de permanecer em pé independentemente e com segurança, completando 8 movimentos em 20 segundos.
- () 3 capaz de permanecer em pé independentemente e completar 8 movimentos em mais de 20 segundos.
- () 2 capaz de completar 4 movimentos sem ajuda.
- () 1 capaz de completar mais de 2 movimentos com o mínimo de ajuda.
- () 0 incapaz de tentar ou necessita de ajuda para não cair.

13. Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente.

- () 4 capaz de colocar um pé imediatamente à frente do outro, independentemente, e permanecer por 30 segundos.
- () 3 capaz de colocar um pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado, independentemente, e permanecer por 30 segundos.
- () 2 capaz de dar um pequeno passo, independentemente, e permanecer por 30 segundos.
- () 1 necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos.
- () 0 perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar em pé.

14. Permanecer em pé sobre uma perna.

- () 4 capaz de levantar uma perna, independentemente, e permanecer por mais de 10 segundos.
- () 3 capaz de levantar uma perna, independentemente, e permanecer por 5-10 segundos.
- () 2 capaz de levantar uma perna, independentemente, e permanecer por 3 ou 4 segundos.
- () 1 tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, embora permaneça em pé independentemente.
- () 0 incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair.

TOTAL: _____

Fonte: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/143486/mod_folder/content/0/EEB.pdf?forcedownload=1

APÊNDICE 4 – PÓSTER: CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO À PESSOA COM EQUILÍBRIO CORPORAL
COMPROMETIDO



2020/2021
2.ª FASE
2.ª FASE
2.ª FASE

2.ª FASE
2.ª FASE
2.ª FASE

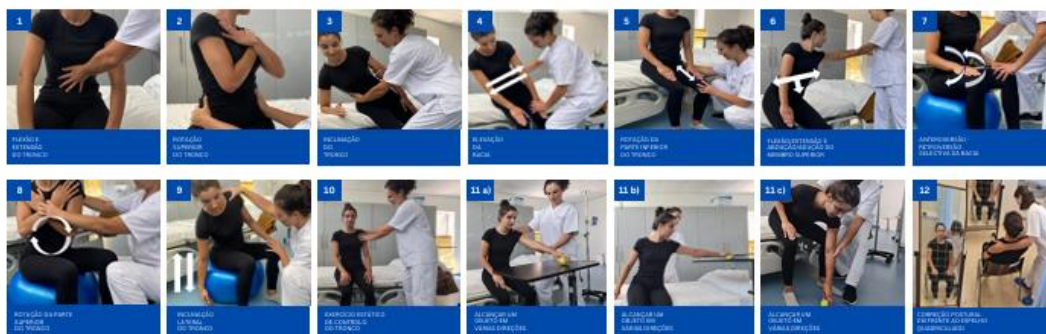
2. DOCENTE NA ESCOLA MONIZ CENTER FOR INTERDISCIPLINARY RESEARCH (CIMR), EGAS MONIZ SCHOOL OF HEALTH & SCIENCE, 2829-513 CASCAIS, PORTUGAL
3. DOCENTE DE VESTIBULAR NA ESCOLA MONIZ CENTER FOR INTERDISCIPLINARY RESEARCH (CIMR), EGAS MONIZ SCHOOL OF HEALTH & SCIENCE, 2829-513 CASCAIS, PORTUGAL
4. ALUNO 1.º ANO, CASCAIS, 2829-513 CASCAIS, PORTUGAL

CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM EQUILÍBRIO CORPORAL COMPROMETIDO

EXERCÍCIOS DEITADO



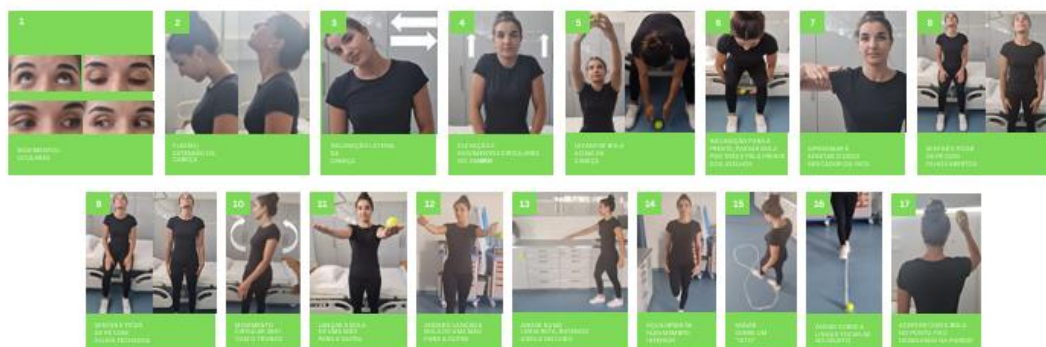
EXERCÍCIOS SENTADO



EXERCÍCIOS EM ORTOSTATISMO



EXERCÍCIOS DE REABILITAÇÃO VESTIBULAR



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



APÊNDICE 5 – AÇÃO DE FORMAÇÃO: CUIDADOS DE
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM EQUILÍBRIO
CORPORAL COMPROMETIDO







CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM EQUILÍBRIO CORPORAL COMPROMETIDO

NORMA DE PROCEDIMENTO

Serviço Neurocirurgia I

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

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

Orientadores Enf.(s) Especialistas Reabilitação: [REDACTED]

ÍNDICE



01

CONCEITOS

- EQUILÍBRIO CORPORAL;
- EQUILÍBRIO CORPORAL (CIPE);
- EQUILÍBRIO CORPORAL COMPROMETIDO;
- AVALIAÇÃO EQUILÍBRIO CORPORAL- ESCALA DE BERG
- PROGRAMA DE REABILITAÇÃO.

02

DESCRIÇÃO

- AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO CORPORAL ESTÁTICO E DINÂMICO;
- AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO CORPORAL- ESCALA DE BERG;
- CONSTRUÇÃO DO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO;
- INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO:
 - EXERCÍCIOS NO LEITO;
 - POSIÇÃO SENTADO;
 - POSIÇÃO ORTOSTÁTICA;
 - REABILITAÇÃO VESTIBULAR.

03

CASOS CLÍNICOS

- CASO CLÍNICO 1;
- CASO CLÍNICO 2.

04

INDICADORES

- INDICADORES DE ESTRUTURA;
- INDICADORES DE PROCESSO;
- INDICADORES DE RESULTADOS.



01 CONCEITOS EQUILÍBRIO CORPORAL

Permite manter a postura sem grandes oscilações ou durante a execução de uma atividade motora, que é conseguida através da **interação** do sistema sensorial, músculo-esquelético e sistema nervoso central (Leme et al., 2017).

Representa um **processo complexo** que é coordenado pelas informações visuais, vestibulares e somatossensoriais para o sistema nervoso central (Alashram et al., 2020).

Os **sistemas sensoriais** (visuais, propriocetivas e vestibulares) conduzem informações específicas por via aferente ao sistema nervoso central, ao qual é acionado para organizar as informações a controlar a postura corporal tanto estática como dinâmica (Prusch et al., 2021).

01 CONCEITOS EQUILÍBRIO CORPORAL- CIPE

“Segurança do corpo e coordenação dos músculos, ossos e articulações para movimentar-se, pôr-se de pé, sentar-se ou deitar-se”.

(OE, 2016)



01 CONCEITOS

EQUILÍBRIO CORPORAL COMPROMETIDO

Existindo incapacidade de processamento e transmissão de informação das vias eferentes do **sistema nervoso central**, por lesão ou disfunção, ocorre alteração na resposta neuro-muscular, levando ao **compromisso do equilíbrio corporal** (Leme et al., 2017)

A perda parcial de **equilíbrio estático e dinâmico** após lesão neurológica vascular/traumática é uma disfunção importante na neurorreabilitação.

A **recuperação do equilíbrio ortostático** e da capacidade de **marcha**, são essenciais após lesão neurológica (Gacsai et al., 2018)

01 CONCEITOS

AValiação EQUILÍBRIO CORPORAL- ESCALA DE BERG

O Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação recomenda **5 escalas**, contudo muitas delas foram desenvolvidas com o objetivo de prevenir a queda, sendo frequentemente testadas com a pessoa idosa.

Sendo o nosso objetivo a reabilitação de pessoas com **distúrbios neurológicos agudos** com vista à obtenção de ganhos no equilíbrio corporal comprometido, considerámos que a escala que melhor se enquadrava no pretendido é a **Escala de Berg**.

01 CONCEITOS

PROGRAMA DE REABILITAÇÃO

Estabelecimento de um cronograma suportado por um **plano de intervenções** de enfermagem de reabilitação, que tem por base uma avaliação prévia que deve ser realizada **por peritos**, com vista a atingir determinados **objetivos**, a nível motores, cognitivos e/ou funcional.

O EEER desempenha um **papel de primordial** no restabelecimento do equilíbrio corporal, através da implementação de programas que visem melhorar o equilíbrio corporal e minimizar as alterações decorrentes do mesmo, no sentido de **maximizar as capacidades funcionais**, na **promoção do autocuidado**, qualidade de vida e participação social (Rocha et al., 2020).

02 DESCRIÇÃO

AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO CORPORAL ESTÁTICO



Equilíbrio estático sentado
(sentado na cama com as mãos apoiadas na cama e os pés apoiados no chão;

Equilíbrio dinâmico sentado
(induzir ligeiro balanço nos ombros da pessoa de forma que esta compense o movimento);



02 DESCRIÇÃO

AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO CORPORAL DINÂMICO



Equilíbrio estático em posição ortostática (de pé com membros superiores em extensão, de pé com membros superiores em flexão, de pé com os olhos fechados);

Equilíbrio dinâmico em posição ortostática (exercícios realizados ao fundo da cama/ barra lateral do corredor com o enfermeiro: alternância de carga nos membros inferiores, flexão do joelho, flexão/extensão coxo-femoral, elevação lateral da perna (em abdução), agachamentos com correção postural, levantar/sentar sem apoio de mãos. (Rocha et al., 2020)).



02 DESCRIÇÃO

ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG

ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG	
Descrição dos Itens	Pontuação (0-4)
1) Posição sentada para posição em pé	
2) Permanecer em pé sem apoio (ponto 3, equilíbrio ortostático estático)	
3) Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho (ponto 1, equilíbrio sentado estático)	
4) Posição em pé para posição sentada	
5) Transferências	
6) Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados	
7) Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos	
8) Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé.	
9) Apanhar um objeto do chão a partir da posição em pé.	
10) Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé (ponto 4, equilíbrio ortostático dinâmico)	
11) Girar 360 graus (ponto 4, equilíbrio ortostático dinâmico)	
12) Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banco enquanto permanece em pé sem apoio	
13) Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente	
14) Permanecer em pé sobre uma perna	
TOTAL	
Legenda:	
0 - Incapaz de executar, 4 - capaz de executar de forma independente; Score total de 56 pontos.	
Resultados: 41-56 = baixo risco de queda / equilíbrio bom;	
21-40 = risco de queda médio/ equilíbrio médio;	
0 - 20 = elevado risco de queda / equilíbrio diminuído.	



02 DESCRIÇÃO

CONSTRUÇÃO DO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO

Deve partir da utilização das **escalas capazes**, as quais orientam o **perito** para uma seleção de exercícios com base na **individualidade** biológica da pessoa, no diagnóstico e nos critérios terapêuticos.

Recomenda-se a introdução de alguns exercícios nas **Atividades de Vida Diária**, potenciando o resultado do programa e orientado para a funcionalidade.



02 DESCRIÇÃO

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES NO CLÍNICO	Potencial para melhorar o conhecimento sobre equilíbrio corporal	Avaliar conhecimento sobre equilíbrio corporal
Equilíbrio comprometido	Avaliar equilíbrio Corporal 1. Equilíbrio estático sentado (Sim/Não) 2. Equilíbrio dinâmico sentado (Sim/Não) 3. Equilíbrio ortostático estático (Sim/Não) 4. Equilíbrio ortostático dinâmico (Sim/Não) 5. Deformidades da coluna (Sim/Não) 6. Dismetria dedo nariz (Sim/Não) 7. Dismetria calcanhar joelho (Sim/Não) 8. Adota posições viciosas (Sim/Não)		Técnica de equilíbrio corporal (Não Demonstrado/Demonstrado)
Grau: - Reduzido - Moderado - Elevado			Ensinar sobre condição do doente
			Providenciar material de leitura
			Instruir sobre equilíbrio corporal
	Planejar treino de equilíbrio corporal	Potencial para melhorar a capacidade para executar técnica do equilíbrio corporal	Avaliar a capacidade para o equilíbrio corporal
	Incentivar a treinar o equilíbrio corporal		Executar técnica de equilíbrio corporal
	Assistir a pessoa a promover o equilíbrio através de técnicas de posicionamento		Instruir sobre equilíbrio corporal
	Executar técnica de posicionamento para promover equilíbrio corporal		Instruir sobre técnicas para aumentar o equilíbrio corporal
			Treinar o equilíbrio corporal



02 DESCRIÇÃO

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

EXERCÍCIOS DEITADO



02 DESCRIÇÃO

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

EXERCÍCIOS SENTADO





02 DESCRIÇÃO

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

EXERCÍCIOS EM ORTOSTATISMO



02 DESCRIÇÃO

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

EXERCÍCIOS DE REABILITAÇÃO VESTIBULAR





03 CASOS CLÍNICOS

CASO CLÍNICO 1

DADOS PESSOAIS

NOME: AM	DATA DE NASCIMENTO: 11/08/1956	IDADE: 66 Anos
GÉNERO: Masculino	ETNIA: Negra	
RESIDÊNCIA: Cova da Piedade	NATURALIDADE: Cabo Verde	

HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL

Utente recorre ao [REDACTED], no dia 22/3/2023 por incapacidade na deambulação por diminuição da força dos membros inferiores e desequilíbrio, com agravamento nas 2 últimas semanas com várias quedas. Refere ter iniciado no mesmo dia um quadro de dor torácica ao esforço, com irradiação para ambos os membros superiores, pescoço e costas com resolução ao fim de 5 minutos em repouso.

DIAGNÓSTICO: Lesão osteolítica D3 com compressão medular; - Provável plasmocitoma solitário por lesão D5 a condicionar paraparésia;



03 CASOS CLÍNICOS

CASO CLÍNICO 1

AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO CORPORAL (ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG)

0 - 20 = elevado risco de queda /
equilíbrio diminuído.

Descrição dos itens	Pontuação (0-4)	
	05/06	16/06
1) Posição sentada para posição em pé	1	2
2) Permanecer em pé sem apoio	0	0
3) Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho	3	4
4) Posição em pé para posição sentada	1	2
5) Transferências	1	2
6) Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados	0	0
7) Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos	0	0
8) Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé.	0	0
9) Apanhar um objeto do chão a partir da posição em pé.	0	0
10) Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé.	0	0
11) Girar 360 graus	0	0
12) Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio	0	0
13) Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente	0	0
14) Permanecer em pé sobre uma perna	0	0
TOTAL	6	10



03 CASOS CLÍNICOS

CASO CLÍNICO 1

DEITADO



03 CASOS CLÍNICOS

CASO CLÍNICO 2

DADOS PESSOAIS		
NOME: JC	DATA DE NASCIMENTO: 01/08/1998	IDADE: 27 Anos
GÊNERO: Masculino		ETNIA: Caucasiana
RESIDÊNCIA: Almada	NATURALIDADE: Braga	
HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL		
Segundo JC, em janeiro terão começado a surgir as cefaleias recorrentes e o 1.º episódio de convulsão. Recorre ao [REDACTED] por cefaleia de novo, onde terá sido transferido para o [REDACTED] e internado no serviço de Neurocirurgia. À observação: Vigil, orientado e colaborante, sem défices motores, quadrantanopsia superior direita.		
DIAGNÓSTICO: Lesão extra-axial do seio cavernoso esquerdo, suspeita de Schwannoma do V par craniano, com hemorragia intraslesional e rotura do ventrículo lateral esquerdo.		

CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM EQUILÍBRIO CORPORAL COMPROMETIDO



03 CASOS CLÍNICOS

CASO CLÍNICO 2

AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO CORPORAL (ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG)

41-56 = baixo risco de queda /
equilíbrio bom;

21-40 = risco de queda médio/
equilíbrio médio;

0 - 20 = elevado risco de queda /
equilíbrio diminuído

Descrição dos itens	22/05	25/05	31/05	02/06
1) Posição sentada para posição em pé	2	3	4	4
2) Permanecer em pé sem apoio	1	2	4	4
3) Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho	4	4	4	4
4) Posição em pé para posição sentada	2	3	4	4
5) Transferências	1	2	4	4
6) Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados	1	2	4	4
7) Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos	1	2	4	4
8) Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé.	0	2	4	4
9) Apanhar um objeto do chão a partir da posição em pé.	0	1	3	4
10) Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé.	0	2	4	4
11) Girar 360 graus	0	1	3	4
12) Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio	0	1	3	4
13) Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente	0	1	3	4
14) Permanecer em pé sobre uma perna	0	1	3	4
TOTAL	12	27	51	56

CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM EQUILÍBRIO CORPORAL COMPROMETIDO



03 CASOS CLÍNICOS

CASO CLÍNICO 2

DEITADO

SENTADO



ORTOSTATISMO



04 INDICADORES

INDICADORES DE ESTRUTURA

Instrumentos, recursos disponíveis e ambiente físico em meio organizacional:

- ✓ Espelho quadriculado;
- ✓ Bola Suíça;
- ✓ Bola de ténis;
- ✓ Fita;
- ✓ Horas de enfermagem de reabilitação/doente/dia;
- ✓ Norma de Procedimento que oriente para a construção do Programa de Reabilitação da pessoa com danos neurológicos e com equilíbrio corporal comprometido;
- ✓ N° de doentes com equilíbrio corporal comprometido num período de tempo.

Definição: consiste no número de horas de cuidados de enfermagem que efetivamente foram prestados em cada dia. Excluem-se as horas prestadas pelo enfermeiro chefe e o tempo regulamentar para almoço, jantar, amamentação / aleitação, formação em serviço e outras situações legalmente estipuladas.

04 INDICADORES

INDICADORES DE PROCESSO

Referem-se ao modo como os **cuidados são prestados**, em tempo útil de forma a prevenir o risco de desenvolver determinado diagnóstico.

04 INDICADORES

INDICADORES DE RESULTADO

Indicam os **objetivos dos cuidados** que levam à mudança do estado de saúde corrente ou futuro dos utilizadores, taxa de eficácia na prevenção de complicações, alterações positivas nas escalas ordinais do status com taxa de ganhos, na prevenção, resolução ou melhoria de status.

Modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem (reais)

04 INDICADORES

INDICADORES DE RESULTADO



Modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem (reais)

-N.º de doentes com equilíbrio corporal comprometido em grau elevado que resolveram o diagnóstico, e tiveram, pelo menos, uma intervenção documentada, num dado período / N.º de doentes com equilíbrio comprometido em grau elevado no mesmo período X 100;

-N.º de doentes com equilíbrio corporal comprometido em grau elevado que transitaram para grau ligeiro, e tiveram, pelo menos, uma intervenção documentada, num dado período / N.º de doentes com equilíbrio comprometido em grau elevado no mesmo período X 100;

04 INDICADORES

INDICADORES DE RESULTADO



Taxa de incidência:

-N.º de **novos casos de equilíbrio comprometido**, documentados durante um dado momento / período População existente nesse momento / período X 100;

Taxa de prevalência:

-N.º de **casos com equilíbrio comprometido**, documentados durante um dado momento / período População existente nesse momento / período;

Taxa de frequência relativa:

-N.º de **casos com equilíbrio comprometido**, documentados num dado período / Total de casos (internamentos / utentes) existentes no mesmo período X 100 (OE, 2015)



CONCLUSÃO



CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM EQUILÍBRIO CORPORAL COMPROMETIDO



-  O compromisso no equilíbrio corporal é um fator limitador no desempenho das atividades de vida diária.
-  É fundamental a implementação de programas de reeducação do equilíbrio corporal adequados às necessidades individuais de cada pessoa, permitindo o ganho de capacidade funcional e a melhoria na qualidade de vida.
-  O EEER tem um papel preponderante na capacitação da pessoa com compromisso no equilíbrio corporal, na maximização da funcionalidade e ganho de independência.

SUGESTÕES FUTURAS



CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM EQUILÍBRIO CORPORAL COMPROMETIDO



-  **TESTAR A NORMA**
-  **REVER A NORMA**
-  **FAZER FORMAÇÃO**
-  **ELABORAR UMA CHECK LIST**
-  **AValiação CONTÍNUA**

APÊNDICE 6 – REFERENCIAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Unidade de Cuidados Continuados Integrados 

REFERENCIAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

SISTEMA INFORMÁTICO *SISBIT*

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

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

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


Novembro, 2023



ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA	3
DESCRIÇÃO DE FOCOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO- SISTEMA INFORMÁTICO <i>SISBIT</i>	5
E02 - Dispneia	5
E15 - Limpeza das Vias Aéreas	8
E19- Ventilação	16
E23 - Alimentar-se (Alimentar)	19
E28 - Mobilidade (Movimento corporal)	26
E29- Transferir-se (Transferir)	32
E31 - Erguer-se	36
E32 - Mobilidade de cadeira de rodas (Escala de Berg presente na Avaliação Inicial)	39
E33 - Mobilidade na cama	40
E36 - Conhecimento	42
E37 - Comunicação	43
E38 - Confusão	46
CONCLUSÕES	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49

NOTA INTRODUTÓRIA

Preâmbulo:

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

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

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

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

O referencial permite elucidar os EEER para os focos de enfermagem de alta sensibilidade a ter em conta no processo de cuidados dos utentes, após a avaliação inicial prévia, com vista a atingir determinados objetivos, a nível motor, respiratório, cognitivo e/ou

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

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

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

E02 - Dispneia

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

001 – Auscultar tórax;

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

Tórax: Região corporal (CIPE, 2019).

005 – Executar técnica de relaxamento;

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

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

006 – Gerir medicação;

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

Medicação: Fármaco (CIPE, 2019).

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

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

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

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

008 – Incentivar para técnica respiratória;

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

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

009 – Incentivar sobre técnica de relaxamento;

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

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

010 – Instruir sobre técnica de inalação;

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

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

011 – Instruir sobre como administrar de oxigenoterapia;

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

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

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

012 – Instruir sobre inaloterapia;

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

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

013 – Instruir sobre técnica de relaxamento;

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

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

014 – Instruir sobre técnica respiratória;

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

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

015 – Monitorizar perfusão dos tecidos (saturação periférica de O_2);

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

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

018 – Posicionar cliente (estrutura corporal/posição);

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

Cliente: Indivíduo (CIPE, 2019).

020 – Supervisionar técnica respiratória;

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

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

021 – Treinar o administrar de oxigenoterapia;

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

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

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

022 – Treinar técnica de relaxamento;

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

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

023 – Treinar técnicas respiratórias;

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

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

E15 – Limpeza das Vias Aéreas

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

002 – Aspirar mecanicamente substância secretada pela cavidade nasal;

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

Substância secretada: Substância corporal (CIPE, 2019).

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

003 – Aspirar mecanicamente substância secretada pela cavidade oral;

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

Substância secretada: Substância corporal (CIPE, 2019).

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

004 - Aspirar mecanicamente substância secretada pela traqueostomia;

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

Substância secretada: Substância corporal (CIPE, 2019).

Traqueostomia: Estoma (CIPE, 2019).

006 – Assistir no aspirar substância secretada (secreções);

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

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

Substância secretada: Substância corporal (CIPE, 2019).

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

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

Tórax: Região corporal (CIPE, 2019).

008 – Avaliar aprendizagem cognitiva;

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

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

009 – Avaliar aprendizagem de capacidades;

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

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

010 – Avaliar capacidade para expetorar;

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

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

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

011 – Avaliar capacidade para tossir;

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

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

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

012 – Dar água (líquidos);

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

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

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

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

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

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

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

016 – Ensinar sobre expetorar;

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

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

017 – Ensinar sobre Inaloterapia;

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

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

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

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

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

Substância secretada: Substância corporal (CIPE, 2019).



020 – Ensinar sobre posicionar para refeição;

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

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

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

021 – Ensinar sobre técnica respiratória;

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

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

022 – Ensinar sobre tossir;

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

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

023 – Estimular o tossir;

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

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

024 – Executar inaloterapia;

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

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

025 – Executar técnica respiratória;

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

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

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

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

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

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

028 – Incentivar ingestão de líquidos;

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

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

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

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

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

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

031 – Instruir sobre expetorar;

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

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

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

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

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

033 – Instruir sobre técnica da tosse;

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

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

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

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

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

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

036 – Planear ingestão de líquidos;

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

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

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

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

Cliente: Indivíduo (CIPE, 2019).

039 – Supervisionar executar de inaloterapia;

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

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

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

040 – Supervisionar o administrar de oxigenoterapia;

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

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

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

041 – Supervisionar técnica da tosse;

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

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

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

043 – Supervisionar técnica respiratória;

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

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

045 – Treinar inaloterapia;

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

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

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

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

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

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

048 – Treinar técnica da tosse;

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

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

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

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

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

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

050 – Validar conhecimentos;

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

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

051 – Vigiar expetoração;

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

Expetoração: Substância secretada (CIPE, 2019).

053 – Vigiar reflexo para tossir;

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

Reflexo: Resposta física (CIPE, 2019).

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

054 – Vigiar ventilação;

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

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

E19- Ventilação

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

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

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

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

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

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

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

Tórax: Região corporal (CIPE, 2019).

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

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

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

004 – Ensinar sobre técnica de relaxamento;

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

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

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

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

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

006 – Executar inaloterapia;

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

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

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

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

Medicação: Fármaco (CIPE, 2019).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

013 – Monitorizar perfusão dos tecidos (saturação periférica de O_2); (Intervenção referenciada no Foco: E02 Dispneia - 015);

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

019 – Vigiar perfusão dos tecidos;

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

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

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

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

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

E23 - Alimentar-se (Alimentar)

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

001 - Adequar refeição;

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

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

005 - Alimentar cliente;

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

Cliente: Indivíduo (CIPE, 2019).

007 - Assistir no alimentar-se;

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

Alimentar-se: Alimentar (CIPE, 2019).

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

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

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

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

009 - Avaliar aprendizagem cognitiva no alimentar-se;

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

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

Alimentar-se: Alimentar (CIPE, 2019).

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

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

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

Alimentar-se: Alimentar (CIPE,2019).

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

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

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

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

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

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

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

018 - Ensinar sobre técnica de alimentação;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Adaptação: Confronto com novas situações (CIPE, 2019)

022 - Incentivar a manter autonomia na ingestão de líquidos;

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

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

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

023 - Incentivar a manter autonomia no alimentar-se;

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

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

Alimentar-se: Alimentar (CIPE,2019).

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

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

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

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

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

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

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

030 - Instruir sobre a ingestão de líquidos;

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

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

033 - Instruir sobre técnica de alimentação;

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

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

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

035 - Promover autonomia a alimentar-se;

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

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

Alimentar-se: Alimentar (CIPE, 2019).

037 - Providenciar espessante;

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

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

040 - Supervisionar ingestão de alimentos;

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

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

041 - Supervisionar ingestão de líquidos;

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

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

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

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

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

044 - Supervisionar técnica de alimentação;

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

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

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

046 - Supervisionar técnica de alimentação com dispositivos de alimentação (ex: rebordo do prato, engrossador de cabo, bolsa palmar);

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

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

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

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

048 - Treinar como posicionar (estrutura/posição corporal);

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

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

049 - Treinar sobre ingestão de líquidos;

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

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

050 - Treinar sobre técnica de alimentação;

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

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

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

052 - Treinar sobre dispositivos de alimentação (ex: rebordo do prato, engrossador de cabo, bolsa palmar);

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

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

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

056 - Validar conhecimentos sobre a ingestão de líquidos;

Validar: Adquirir com exatidão alguma coisa (CIPE, 2019).

Conhecimento: Informação concreta do pensamento, baseada na sabedoria ou competência adquirida; reconhecimento de conteúdos (CIPE, 2019).

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

061 - Vigiar a ingestão de alimentos;

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

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

062 - Vigiar a ingestão de líquidos;

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

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

E28 – Mobilidade (Movimento corporal)

Processo do sistema musculoesquelético: movimentos voluntários ou involuntários dos músculos e articulações do corpo (CIPE, 2019).

001 - Assistir técnica de exercício muscular ou articular;

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

Técnica de exercício (Terapia de exercício): Regime ou plano de atividades físicas concebido e prescrito para alcançar objetivos terapêuticos específicos, com o objetivo de restaurar a função musculoesquelética normal ou reduzir dores causadas por doenças ou lesões (DeCS/MeSH, 2017).

Muscular (Músculos): Tecidos contráteis que produzem movimentos no corpo (DeCS/MeSH, 2017).

Articular (Articulações): Segmentos que ligam os ossos (DeCS/MeSH, 2017).

002 - Assistir no posicionar (ex. cama);

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

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

003 - Assistir técnica de movimento articular ativo;

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

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

Movimento articular ativo: Movimento realizado pelo próprio ou com assistência (CIPE, 2019).

004 - Avaliar aprendizagem cognitiva;

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

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

005 - Avaliar aprendizagem de capacidades;

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

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

006 - Ensinar sobre complicação(ões) da mobilidade diminuída (mobilidade comprometida);

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

Mobilidade comprometida: Comprometimento da capacidade para se mobilizar (CIPE, 2019).

007 - Ensinar sobre coordenação motora comprometida (ex. ataxia);

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

Coordenação Motora Comprometida (Ataxia): Dificuldade na capacidade de desempenhar movimentos voluntários coordenados (DeCS/MeSH, 2017).

008 - Ensinar sobre técnica de exercício muscular ou articular;

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

Técnica de exercício (Terapia de exercício): Regime ou plano de atividades físicas concebido e prescrito para alcançar objetivos terapêuticos específicos, com o objetivo de restaurar a função musculoesquelética normal ou reduzir dores causadas por doenças ou lesões (DeCS/MeSH, 2017).

Muscular (Músculos): Tecidos contráteis que produzem movimentos no corpo (DeCS/MeSH, 2017).

Articular (Articulações): Segmentos que ligam os ossos (DeCS/MeSH, 2017).

009 - Ensinar sobre técnica do posicionar (ex. cama);

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

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

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

010 - Ensinar sobre técnica do movimento articular ativo;

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

Movimento articular ativo: Movimento realizado pelo próprio ou com assistência (CIPE, 2019).

011 - Ensinar sobre técnica do movimento articular passivo;

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

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

Movimento articular passivo: Movimento realizado com assistência (CIPE, 2019).

012 - Executar técnica do movimento articular ativo;

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

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

Movimento articular ativo: Movimento realizado pelo próprio ou com assistência (CIPE, 2019).

013 - Executar técnica do movimento articular passivo;

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

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

Movimento articular passivo: Movimento realizado com assistência (CIPE, 2019).

014 - Incentivar mobilidade (Movimento corporal);

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

Movimento Corporal: Processo do sistema musculoesquelético- movimentos voluntários ou involuntários dos músculos e articulações do corpo (CIPE, 2019).

015 - Instruir sobre técnica de exercício muscular ou articular;

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

Técnica de exercício (Terapia de exercício): Regime ou plano de atividades físicas concebido e prescrito para alcançar objetivos terapêuticos específicos, com o objetivo de restaurar a função musculoesquelética normal ou reduzir dores causadas por doenças ou lesões (DeCS/MeSH, 2017).

Muscular (Músculos): Tecidos contráteis que produzem movimentos no corpo (DeCS/MeSH, 2017).

Articular (Articulações): Segmentos que ligam os ossos (DeCS/MeSH, 2017).

016 - Instruir sobre técnica de movimento articular ativo;

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

Movimento articular ativo: Movimento realizado pelo próprio ou com assistência (CIPE, 2019).

017 - Instruir sobre técnica de movimento articular passivo;

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

Movimento articular passivo: Movimento realizado com assistência (CIPE, 2019).

018 - Instruir sobre coordenação motora comprometida (ex. ataxia);

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

Coordenação Motora Comprometida (Ataxia): Dificuldade na capacidade de desempenhar movimentos voluntários coordenados (DeCS/MeSH, 2017).

019 - Monitorizar espasticidade (Escala - Ashworth modificada presente na Avaliação Inicial);

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

Espasticidade: Compromisso do sistema musculoesquelético, com aumento do tônus e rigidez muscular (CIPE, 2019).

020 - Monitorizar movimento dos músculos (Escala - Medical Research Council presente na Avaliação Inicial);

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

Movimento: Processo corporal (CIPE, 2019).

Músculo: Componente do sistema musculoesquelético (CIPE, 2019).

021- Posicionar cliente na cama;

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

Cliente: Indivíduo (CIPE, 2019).

Cama: Dispositivo de suporte (CIPE, 2019).

022 - Promover autonomia na mobilidade (movimento corporal);

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

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

Movimento Corporal: Processo do sistema musculoesquelético- movimentos voluntários ou involuntários dos músculos e articulações do corpo (CIPE, 2019).

023 - Providenciar dispositivos de mobilização (ex tala pneumática);

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

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

Mobilização (Movimento): Ação, processo, que consiste em mudar de um lugar ou posição (DeCS/MeSH, 2017).

024- Referir para médico (Informar);

Referir (Referenciar): Encaminhar ou indicar uma pessoa a alguém ou a alguma coisa (CIPE, 2019).

Médico: Prestador de cuidados (CIPE, 2019).

025 - Supervisionar dispositivo de imobilização (tala punho dedos, pneumática);

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

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

Imobilização (Limitação da mobilidade): Dificuldade em mobilizar de um lado para o outro (DeCS/MeSH, 2017).

026 - Supervisionar movimento articular ativo;

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

Movimento articular ativo: movimento realizado pelo próprio ou com assistência (CIPE, 2019).

027 - Supervisionar movimento articular passivo;

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

Movimento articular passivo: movimento realizado com assistência (CIPE, 2019).

028 - Supervisionar técnica do posicionar (ex cama);

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

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

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

029 - Treinar coordenação motora;

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

Coordenação motora: Capacidade de coordenar a ativação muscular na sequência de movimentos que preservam a postura (Cech & Martin, 2012).

030 – Treinar técnica movimento articular ativo;

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

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

Movimento articular ativo: Movimento realizado pelo próprio ou com assistência (CIPE, 2019).

033 – Vigiar rigidez articular;

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

Rigidez articular: compromisso do sistema musculoesquelético, associado a ausência de movimentos passivos ou ativos, com encurtamento das fibras musculares, levando à limitação e incapacidade de movimento (CIPE, 2019).

034 – Vigiar técnica de movimento articular ativo;

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

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

Movimento articular ativo: Movimento realizado pelo próprio ou com assistência (CIPE, 2019).

E29- Transferir-se (Transferir)

Transferir: Posicionar, ato de mover alguém ou alguma coisa de um lado para o outro (CIPE, 2019).

001 - Assistir no transferir-se (protocolo de transferência);

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

Transferir: Ato de mover alguém ou alguma coisa de um lado para o outro (CIPE, 2019).

002 - Ensinar sobre uso de dispositivo de transferência (tábua de transferência, disco de transferência, elevador de transferência);

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

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

Transferência: Padrão de movimento pelo qual se move uma pessoa de uma superfície para outra (OE, 2013).

003 - Ensinar sobre técnica de transferir-se;

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

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

Transferir: ato de mover alguém ou alguma coisa de um lado para o outro (CIPE, 2019).

004 - Ensinar sobre uso de dispositivo de mobilização (canadianas, andarilho, tripé);

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

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

Mobilização (Movimento): Ação, processo, que consiste em mudar de um lugar ou posição (DeCS/MeSH, 2017).

005 – Identificar recursos de adaptação (ex: domicílio-localização);

Identificar: Estabelecer identidade a algo ou alguém (CIPE, 2019).

Adaptação: *Coping*, gerir novas situações (CIPE, 2019).

006 – Incentivar a transferir-se;

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

Transferir: Ato de mover alguém ou alguma coisa de um lado para o outro (CIPE, 2019).

007 - Instruir sobre técnica de transferência;

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

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

Transferência: Padrão de movimento pelo qual se move uma pessoa de uma superfície para outra (OE, 2013).

008 - Instruir sobre uso de dispositivo de transferência (tábua de transferência, disco de transferência, elevador de transferência);

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

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

Transferência: Padrão de movimento pelo qual se move uma pessoa de uma superfície para outra (OE, 2013).

009 - Instruir sobre uso de dispositivo de mobilização (ex. canadianas, andarilho, tripé);

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

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

Mobilização (Movimento): Ação, processo, que consiste em mudar de um lugar ou posição (DeCS/MeSH, 2017).

010 – Providenciar dispositivo para transferir-se (tábua de transferência, disco de transferência, elevador de transferência);

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

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

Transferir: Ato de mover alguém ou alguma coisa de um lado para o outro (CIPE, 2019).

011- Supervisionar-se transferir-se;

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

Transferir: Ato de mover alguém ou alguma coisa de um lado para o outro (CIPE, 2019).

012 – Supervisionar técnica de transferência;

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

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

Transferência: Padrão de movimento pelo qual se move uma pessoa de uma superfície para outra (OE, 2013)

013 - Transferir cliente (tábua de transferência, disco de transferência, elevador de transferência);

Transferir: Ato de mover alguém ou alguma coisa de um lado para o outro (CIPE, 2019).

Cliente: Indivíduo (CIPE, 2019).

014 - Treinar técnica de transferência;

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

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

Transferência: Padrão de movimento pelo qual se move uma pessoa de uma superfície para outra (OE, 2013)

015 - Treinar uso de dispositivo de transferência (tábua de transferência, disco de transferência, elevador de transferência);

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

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

Transferência: Padrão de movimento pelo qual se move uma pessoa de uma superfície para outra (OE, 2013).

016 - Treinar uso de dispositivo de mobilização (canadianas, andarilho, tripé);

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

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

Mobilização (Movimento): Ação, processo, que consiste em mudar de um lugar ou posição (DeCS/MeSH, 2017).

E31 – Erguer-se

Elevar: mover o corpo, modificando a posição para a vertical (CIPE, 2019).

001 – Aprontar dispositivo(s) de suporte (ex: cama, CR verticalização, Standing Frame);

Aprontar: Colocar de forma de ser utilizado (CIPE, 2019).

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

Suporte (Suporte de carga): objeto projetado para suportar uma carga aplicada, dar apoio, sustento (DeCS/MeSH, 2017).

003 - Assistir no erguer-se;

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

Elevar: Mover o corpo, modificando a posição para a vertical (CIPE, 2019).

004 – Ensinar sobre técnica de erguer-se;

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

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

Elevar: Mover o corpo, modificando a posição para a vertical (CIPE, 2019).

005 – Identificar recursos de adaptação (Plano Inclinado/ Standing Frame – em casa ou instituição);

Identificar: Estabelecer identidade a algo ou alguém (CIPE, 2019).

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

Adaptação: *Coping*, gerir novas situações (CIPE, 2019).

006 – Incentivar a erguer-se;

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

Elevar: Mover o corpo, modificando a posição para a vertical (CIPE, 2019).

008 – Instruir sobre técnica de erguer-se;

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

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

Elevar: Mover o corpo, modificando a posição para a vertical (CIPE, 2019).

010 – Promover autonomia de erguer-se;

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

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

Elevar: Mover o corpo, modificando a posição para a vertical (CIPE, 2019).

012 – Supervisionar técnica de erguer-se;

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

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

Elevar: Mover o corpo, modificando a posição para a vertical (CIPE, 2019).

013 – Treinar técnica de erguer-se;

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

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

Elevar: Mover o corpo, modificando a posição para a vertical (CIPE, 2019).

014 – Treinar uso de dispositivos de suporte (CR verticalização, SF);

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

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

Suporte (Suporte de carga): objeto projetado para suportar uma carga aplicada, dar apoio, sustento (DeCS/MeSH, 2017).

015 – Elevar cliente;

Elevar: Mover o corpo, modificando a posição para a vertical (CIPE, 2019).

Cliente: Indivíduo (CIPE, 2019).

017 – Vigiar equilíbrio;

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

Equilíbrio: Segurança do corpo e coordenação muscular, óssea e articular para a movimentação do corpo (CIPE, 2019).

E32 – Mobilidade de cadeira de rodas (Escala de Berg presente na Avaliação Inicial)

Mobilidade na cadeira de rodas: Capacidade para mobilizar o corpo (CIPE, 2019).

001 – Assistir atividades terapêuticas (treino de equilíbrio, inclinação lateral do tronco, avião, *push-up*, flexão de tronco);

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

Atividades terapêuticas: Ações individuais ou em grupo que visam dar o máximo de autonomia, desempenho, satisfação e qualidade de vida ao utente (Dias et al., 2014).

002 – Executar atividades terapêuticas (treino de equilíbrio, inclinação lateral do tronco, avião, *push-up*, flexão de tronco);

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

Atividades terapêuticas: Ações individuais ou em grupo que visam dar o máximo de autonomia, desempenho, satisfação e qualidade de vida ao utente (Dias et al., 2014).

003 – Ensinar atividades terapêuticas (treino de equilíbrio, inclinação lateral do tronco, avião, *push-up*, flexão de tronco);

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



Atividades terapêuticas: Ações individuais ou em grupo que visam dar o máximo de autonomia, desempenho, satisfação e qualidade de vida ao utente (Dias et al., 2014).

004 – Instruir atividades terapêuticas (treino de equilíbrio, inclinação lateral do tronco, avião, *push-up*, flexão de tronco);

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

Atividades terapêuticas: Ações individuais ou em grupo que visam dar o máximo de autonomia, desempenho, satisfação e qualidade de vida ao utente (Dias et al., 2014).

005 – Providenciar espelho quadriculado; (Intervenção referenciada no Foco: E33 Mobilidade na cama - 005);

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

006 - Supervisionar atividades terapêuticas (treino de equilíbrio, inclinação lateral do tronco, avião, *push-up*, flexão de tronco);

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

Atividades terapêuticas: Ações individuais ou em grupo que visam dar o máximo de autonomia, desempenho, satisfação e qualidade de vida ao utente (Dias et al., 2014).

007 – Treinar atividades terapêuticas (treino de equilíbrio, inclinação lateral do tronco, avião, *push-up*, flexão de tronco);

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

Atividades terapêuticas: Ações individuais ou em grupo que visam dar o máximo de autonomia, desempenho, satisfação e qualidade de vida ao utente (Dias et al., 2014).

008 – Treinar coordenação motora;

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

Coordenação motora: Capacidade de coordenar a ativação muscular na sequência de movimentos que preservam a postura (Cech & Martin, 2012).

E33 – Mobilidade na cama

Capacidade para mobilizar o corpo na cama (CIPE, 2019).

001 - Assistir atividades terapêuticas (técnica da ponte, rolar, treino de equilíbrio);

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

Atividades terapêuticas: Ações individuais ou em grupo que visam dar o máximo de autonomia, desempenho, satisfação e qualidade de vida ao utente (Dias et al., 2014).

002 - Executar atividades terapêuticas (técnica da ponte, rolar, treino de equilíbrio);

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

Atividades terapêuticas: Ações individuais ou em grupo que visam dar o máximo de autonomia, desempenho, satisfação e qualidade de vida ao utente (Dias et al., 2014).

003 - Ensinar atividades terapêuticas (técnica da ponte, rolar, treino de equilíbrio);

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

Atividades terapêuticas: Ações individuais ou em grupo que visam dar o máximo de autonomia, desempenho, satisfação e qualidade de vida ao utente (Dias et al., 2014).

004 - Instruir atividades terapêuticas (técnica da ponte, rolar, treino de equilíbrio);

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

Atividades terapêuticas: Ações individuais ou em grupo que visam dar o máximo de autonomia, desempenho, satisfação e qualidade de vida ao utente (Dias et al., 2014).

005 - Providenciar espelho quadriculado;(Intervenção referenciada no Foco: E33 Mobilidade na cama - 005 e no Foco: E32 Mobilidade na cadeira de rodas – 005);

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

Espelho quadriculado: Espelho que permite a reeducação postural, onde existe um feedback visual oferecido pelas linhas da quadrícula (Branco et al., 2012; Cordeiro & Menoita, 2012).

006 - Supervisionar atividades terapêuticas (técnica da ponte, rolar, treino de equilíbrio);

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

Atividades terapêuticas: Ações individuais ou em grupo que visam dar o máximo de autonomia, desempenho, satisfação e qualidade de vida ao utente (Dias et al., 2014).

007 - Treinar atividades terapêuticas (técnica da ponte, rolar, treino de equilíbrio);

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

Atividades terapêuticas: Ações individuais ou em grupo que visam dar o máximo de autonomia, desempenho, satisfação e qualidade de vida ao utente (Dias et al., 2014).

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

Atividades terapêuticas: Ações individuais ou em grupo que visam dar o máximo de autonomia, desempenho, satisfação e qualidade de vida ao utente (Dias et al., 2014).

008 - Treinar coordenação motora; (Intervenção referenciada no Foco: E32 Mobilidade cadeira de rodas - 008);

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

Coordenação motora: Capacidade de coordenar a ativação muscular na sequência de movimentos que preservam a postura (Cech & Martin, 2012).

E36 - Conhecimento

Status: Informação concreta do pensamento, baseada na sabedoria ou competência adquirida; reconhecimento de conteúdos (CIPE, 2019).

003 – Avaliar conhecimento;

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

Conhecimento: Informação concreta do pensamento, baseada na sabedoria ou competência adquirida; reconhecimento de conteúdos (CIPE, 2019).



005 – Elogiar força de vontade;

Elogiar: Demonstrar admiração por alguém ou alguma coisa (CIPE, 2019).

Força de vontade: Desejo para manter ou abandonar ações, controlar impulsos (CIPE, 2019).

006 – Elogiar progressão na resposta psicológica;

Elogiar: Demonstrar admiração por alguém ou alguma coisa (CIPE, 2019).

Progressão: Estado (CIPE, 2019).

Resposta psicológica: Processo psicológico (CIPE, 2019).

007 – Ensinar (cliente, família);

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

008 – Envolver (cliente, família);

Envolver: Demonstrar interesse, disponibilidade para ajudar o outro (CIPE, 2019).

014 – Instruir (cliente, família);

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

015 – Promover adesão no processo de aprendizagem;

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

016 – Treinar (cliente, família);

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

E37 - Comunicação

Comportamento interativo: Fornecer e receber informações com uso de linguagem verbal e não verbal, pessoalmente ou através de meios tecnológicos (CIPE, 2019).

001 - Avaliar capacidade para a comunicação;

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

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

Comunicação: Fornecer e receber informações com uso de linguagem verbal e não verbal, pessoalmente ou através de meios tecnológicos (CIPE, 2019).

002 - Avaliar comunicação;

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

Comunicação: Fornecer e receber informações com uso de linguagem verbal e não verbal, pessoalmente ou através de meios tecnológicos (CIPE, 2019).

006 - Escutar cliente;

Escutar: Ouvir atentamente o outro (CIPE, 2019).

Cliente: Indivíduo (CIPE, 2019).

007 - Ensinar sobre dispositivo de comunicação;

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

Dispositivo de comunicação: Aparelho projetado para fornecer e receber informações com uso de linguagem verbal e não verbal pessoalmente ou através de meios tecnológicos (CIPE, 2019).

010 - Identificar barreiras à comunicação;

Identificar: Estabelecer identidade a algo ou alguém (CIPE, 2019).

Barreiras à comunicação: Rutura de pensamentos, mensagens ou informações (CIPE, 2019).

011 - Incentivar a comunicação;

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

Comunicação: Fornecer e receber informações com uso de linguagem verbal e não verbal pessoalmente ou através de meios tecnológicos (CIPE, 2019).

013 - Incentivar socialização;

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

Socialização:

014 - Instruir sobre dispositivo de comunicação;

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

Dispositivo de comunicação: Aparelho projetado para fornecer e receber informações com uso de linguagem verbal e não verbal pessoalmente ou através de meios tecnológicos (CIPE, 2019).

016 - Promover adaptação;

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

Adaptação (Adaptação fisiológica) : Mudança biológica de um organismo em resposta a exigências do meio (DeCS/MeSH, 2017).

017 - Promover aprendizagem de capacidades;

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

Aprendizagem de capacidades: Desenvolvimento de habilidades através do treino, prática e exercício (CIPE, 2019).

018 - Promover comunicação através de técnica de treino da fala;

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

Comunicação: Fornecer e receber informações com uso de linguagem verbal e não verbal pessoalmente ou através de meios tecnológicos (CIPE, 2019).

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

Treino da Fala: Técnica (CIPE, 2019).

019 - Promover comunicação através de técnica de treino de memória;

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

Comunicação: Fornecer e receber informações com uso de linguagem verbal e não verbal pessoalmente ou através de meios tecnológicos (CIPE, 2019).

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

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

Memória: Processo psicológico de captura e retenção de pensamentos, sensações e experiências do passado na mente, permitindo que sejam lembrados e recuperados quando necessário (CIPE, 2019).

020- Promover comunicação entre membro(s) da família;

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

Comunicação: Fornecer e receber informações com uso de linguagem verbal e não verbal pessoalmente ou através de meios tecnológicos (CIPE, 2019).

Membro(s) da família: Indivíduo(s) (CIPE, 2019).

021- Providenciar dispositivo de comunicação (Tabela de comunicação, símbolos, imagens);

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

Dispositivo de comunicação: Aparelho projetado para fornecer e receber informações com uso de linguagem verbal e não verbal pessoalmente ou através de meios tecnológicos (CIPE, 2019).

022 - Referir para serviço de saúde (Terapia da Fala);

Referir (Referenciar): Encaminhar ou indicar uma pessoa a alguém ou a alguma coisa (CIPE, 2019)

Serviço de saúde: Instituição responsável por prevenir e tratar da doença, promover a saúde (CIPE, 2019).

025 - Treinar sobre dispositivo de comunicação;

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

Dispositivo de comunicação: Aparelho projetado para fornecer e receber informações com uso de linguagem verbal e não verbal pessoalmente ou através de meios tecnológicos (CIPE, 2019).

E38 - Confusão

Pensamento distorcido por compromisso da memória, com desorientação em relação à pessoa, local ou tempo (CIPE, 2019).

004 - Escutar cliente; (Intervenção referenciada no Foco: E37 Comunicação - 006);

Escutar: ouvir atentamente o outro (CIPE, 2019).

Cliente: Indivíduo (CIPE, 2019).

005 - Estabelecer ligação com o cliente;

Estabelecer: Comunicação (CIPE, 2019).

Ligação: Vínculo (CIPE, 2019).

Cliente: Indivíduo (CIPE, 2019).

006 - Executar técnica de treino de memória;

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

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

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

Memória: Processo psicológico de captura e retenção de pensamentos, sensações e experiências do passado na mente, permitindo que sejam lembrados e recuperados quando necessário (CIPE, 2019).

007 - Facilitar relacionamento com a família;

Facilitar: Tornar algo mais fácil (CIPE, 2019).

Relacionamento: Estrutura psicossocial (CIPE, 2019).

Família: Grupo de pessoas ligadas por laços de consanguinidade e afinidade (CIPE, 2019).

008 - Gerir contato (visitas);

Gerir: Estar incumbido de realizar algo (CIPE, 2019).

Contato: Evento (CIPE, 2019).

017 - Monitorizar consciência (Escala de Glasgow);

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

Consciência: Resposta mental a estímulos que resultam de uma combinação de sentidos (CIPE, 2019).

020 - Promover orientação;

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

Orientação: Demonstrar certeza da própria identidade e relação com o ambiente (ano, dia, mês, local) (CIPE, 2019).

023 - Vigiar orientação;

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

Orientação: Demonstrar certeza da própria identidade e relação com o ambiente (ano, dia, mês, local) (CIPE, 2019).

CONCLUSÕES

O EEER tem um papel fundamental na melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados aos utentes da UCCI [REDACTED].

Os focos e intervenções de enfermagem presentes no sistema informático *Sisbit*, não refletem todas as competências do EEER necessárias à prática clínica, o que se traduziu na necessidade de dar início ao desenvolvimento de um Resumo Mínimo de Dados para a enfermagem de reabilitação.

O desenvolvimento deste referencial fornece suporte de alta sensibilidade para a prática do EEER, na implementação de programas de reabilitação adequados às necessidades reais dos utentes, com vista à maximização da capacidade funcional, bem-estar e qualidade de vida. Embora o presente referencial não seja abrangente a todas as intervenções do EEER, é competência destes profissionais direcionar a sua prática no sentido do cuidado centrado na Pessoa, de acordo com as suas necessidades e tendo por base os princípios holísticos, assentando numa prática de cuidados diferenciados, aprofundando competências para o desempenho das funções, potenciando conhecimentos, capacidades e habilidades próprias aplicadas nos cuidados aos utentes.

Enquanto estudantes de EEER, consideramos que a elaboração deste referencial contribui para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEER, enriquecendo os conhecimentos teórico/práticos associados à prática clínica baseada em evidência científica. Permite uma evolução concetual do pensamento acerca das intervenções que o EEER deve ter em conta no planeamento de cuidados, mediante a tomada de decisão mais assertiva, recorrendo se necessário à consulta do referencial de enfermagem de reabilitação.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, R., Lopes, A., Ornelas, C., Ferreira, R., Caiado, J., Mendes, A., & Pereira- Barbosa, M. (2017). Terapêutica Inalatória: Técnicas de Inalação e dispositivos inalatórios. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*, 25 (1): 09-26. https://www.spaic.pt/client_files/rpia_artigos/teraputica-inalatria-tnicas-de-inalao-e-dispositivos-inalatrios.pdf
- Badaró, F. (2017). *Dispositivos e Incentivadores Respiratórios*. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. <https://www.sbfa.org.br/porta12017/pdf/parecer-dispositivos-e-incentivadores-respiratorios-em-voz.pdf>
- Branco, P. S., Barata, S., Barbosa, J., Cantista, M., Lima, A. & Maia, J. (2012). Tems de Reabilitação – Reabilitação Respiratória. Porto: Medesign. <https://core.ac.uk/download/pdf/71736456.pdf>
- Cech, D., & Martin, S. (2012). Postura e Equilíbrio. In D. Cech & S. Martin (3.ª Edição). *Desenvolvimento funcional do movimento ao longo da vida* (pp. 263-287). <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/motor-coordination>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2019). Browser Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão 2019. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Cordeiro, M. & Menoita, E. (2012). Manual de boas práticas na reabilitação respiratória – Conceitos, Princípios e Técnicas. Loures: Lusociência
- Descritores em Ciências da Saúde. (2017). São Paulo: BIREME / OPAS / OMS. <http://decs.bvsalud.org>
- Madeira, M., Leite, H. & Rizzolo, R. (2016). Anatomia da Cavidade Oral. In Oriá, R. & Brito, G. Lima & Santos (1.ª Edição), *Sistema Digestório: Integração básico-clínica* (pp. 25-60). Editora Edgard Blucher Ltda. <https://openaccess.blucher.com.br/article-list/sistema-digestorio-317/list#undefined>
- Meirelles, R. (2008). Exame da Cavidade Nasal e Tratamento Cirúrgico da Obstrução Nasal. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 7 (2): 24-29. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistahupe/article/view/9248/7140>
- Melo-Dias, C., Rosa, A., & Pinto, A. (2014). Atividades de ocupação terapêutica – intervenções de enfermagem estruturadas em reabilitação psicossocial. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (11), 15-23.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Referencial do Enfermeiro. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RNCCI%20-20v.FINAL%20Referencial%20do%20Enfermeiro%20-20Abril%202009.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à Pessoa com alterações da Mobilidade -Posicionamentos, transferências e treino de deambulação. - https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8897/gobp_mobilidade_vf_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, Porto.



https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf

Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação n.º392/2019, 2ª série – Nº85 – 3 de maio de 2019 (2019)
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>

Varão, J., Mota, L., Alencar, M., & Ribeiro, T. (2022). Procedimento/Rotina- Oxigenoterapia (versão 2). Universidade Federal do Tocantins- Hospital de Doenças Tropicais, Brasil.
<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-norte/hdt-uf/aceso-a-informacao/gestao-documental/pop-procedimento-operacional-padrao/divisao-de-enfermagem-1/pop-019-denf-oxigenoterapia.pdf/view>

Willhelm, A., Andretta, I., & Ungaretti, M. (2015). Importância das técnicas de relaxamento na terapia cognitiva para ansiedade. *Contextos Clínicos*, 8(1), 79-86.
<https://dx.doi.org/10.4013/ctc.2015.81.08>

APÊNDICE 7 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: A NECESSIDADE DE GINÁSIO NO SERVIÇO DE ORTOPEDIA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA B

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA- A NECESSIDADE DE GINÁSIO NO SERVIÇO DE ORTOPEDIA

Estudantes de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação:

Enf^a Joana Teodoro e Enf^a Júlia Saraiva.

Professores Orientadores: Gonçalo Rosa; Júlio Fernandes.

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

Janeiro, 2023

A Fratura proximal do fémur é considerada uma das principais razões de incapacidade temporária ou permanente, para os adultos em alguma fase da sua vida (Riester et al., 2023).

A artroplastia total da anca surge como solução viável quando não existem melhorias de sintomas com a abordagem conservadora. Este procedimento cirúrgico é amplamente utilizado com grande sucesso no tratamento de doenças articulares, sejam elas degenerativas, inflamatórias ou traumáticas, promovendo a redução substancial da dor, recuperação da função dos membros, diminuição da incapacidade e melhoria da qualidade de vida (Enge Junior et al., 2020).

A promoção da saúde e a eficácia na gestão hospitalar são elementos cruciais para garantir uma abordagem eficaz dos cuidados de saúde. A capacidade de marcha emerge como um indicador vital, sendo considerado o sexto sinal vital funcional. Esta perspetiva destaca a importância não apenas de tratar as condições médicas, mas também de monitorizar a funcionalidade dos utentes. Os programas de reabilitação personalizados assumem um papel significativo como estratégia promotora do aumento da mobilidade durante o período de hospitalização, contribuindo não apenas para a recuperação clínica, mas também para a qualidade de vida dos utentes (Sousa et al., 2023).

O período de internamento exerce influência significativa na gestão hospitalar devido aos custos substanciais associados a cada episódio em várias especialidades. Além disso, é uma preocupação devido à ocorrência de eventos adversos, que colocam em risco a segurança dos utentes, incluindo reações adversas como infeções, quedas e outros problemas não vinculados ao diagnóstico principal (Nunes & Matos, 2018).

O tempo médio dos internamentos hospitalares é frequentemente empregue como um indicador de eficácia, uma vez que, em condições equivalentes e mantendo-se todas as variáveis constantes, uma permanência mais breve resultará numa redução dos custos por alta. Isso viabiliza a manutenção da continuidade dos cuidados ao utilizar configurações pós-agudas menos dispendiosas (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2022).

Um estudo realizado na Irlanda, em 2020, constatou que os utentes submetidos a artroplastia total da anca de segunda a quarta-feira, tinham um tempo médio de internamento de 3,02 dias enquanto que, se a cirurgia fosse realizada a uma quinta ou sexta-feira, o tempo médio de internamento aumentava para 3,86 dias para a cirurgia de quinta-feira e 3,94 dias para a cirurgia de sexta-feira. Com base nestes dados, conclui-se que o tempo de internamento é afetado pelo dia da semana em que a cirurgia é

realizada, estando a cirurgia no final da semana associada a um tempo de internamento mais longo, aumentando os custos para a instituição. Desta forma, o estudo sugere cuidados de reabilitação 7 dias por semana em vez do modelo existente de 6 dias por semana (Staunton et al., 2023).

No que toca à realidade existente no serviço de ortopedia [REDACTED], os utentes são operados de 2.ª a 6.ª feira e excecionalmente ao sábado. Por norma, entre a 2.ª e 5.ª feira iniciam programa de reabilitação no dia seguinte à intervenção, e quando são intervencionados à 6.ª feira e ao sábado, só iniciam o programa de reabilitação na 2.ª feira. Isto significa que existe um atraso no processo de recuperação física, na capacitação funcional, bem como no treino de autocuidados que influenciam negativamente a previsão de alta em tempo reduzido, que consequentemente traduz-se num aumento de custos para a instituição. Faz todo o sentido assegurar os cuidados de reabilitação, 7 dias por semana no serviço de ortopedia do HFF, uma vez que se contribui para a recuperação física precoce e preparação da alta para domicílio, assegurando a redução do risco de readmissão hospitalar.

Em 2018, foi realizado um estudo na Hungria que envolveu 57 utentes submetidos a colocação de prótese total da anca, no qual 27 utentes realizaram reabilitação pré e pós-operatória (grupo de intervenção) e 30 utentes não realizaram qualquer tipo de reabilitação (grupo de controlo). A permanência hospitalar pós-operatória foi significativamente menor no grupo de intervenção do que no grupo de controlo. No grupo de intervenção, o número de dias de internamento após a cirurgia diminuiu, resultando numa redução de custos pós-operatórios de aproximadamente 26%. Os utentes que foram submetidos a um programa de reabilitação pré-operatória, conseguiram sair do hospital 7,5 dias antes, em média, no processo de reabilitação pós-operatória, em comparação aos utentes do grupo de controlo (Szilágyiné Lakatos et al., 2022).

No serviço de ortopedia do [REDACTED] também se poderão verificar ganhos em saúde evidentes, implementado programas de reabilitação no pré e pós-operatório e planeando cuidados mediante as necessidades individuais de cada utente, isto porque o aumento dos cuidados de reabilitação no pré e pós-operatório, estão diretamente associados a melhores resultados centrados no utente, incluindo a redução do risco de readmissões hospitalares (Rogers et al., 2017).

A elevada proporção de readmissões hospitalares pode ser atribuída à qualidade e quantidade dos cuidados hospitalares, incluindo os serviços de reabilitação (Kumar et al., 2023).

O estudo realizado nos Estados Unidos entre julho de 2016 e setembro de 2017, envolvendo 131.127 beneficiários adultos do Medicare, com fratura proximal do fémur (idade >66 anos), investigou a relação entre os serviços de reabilitação durante o internamento hospitalar e as readmissões hospitalares em 7 e 30 dias. Os resultados revelaram que mais de 99% dos pacientes receberam reabilitação no hospital, com apenas 1% (979 utentes) não tendo acesso a esse serviço. A média de idade foi de 82,9 anos, sendo 75,3% mulheres. Os utentes permaneceram, em média, 5,0 dias no hospital, com a maioria (85,5%) recebendo alta para instituições que asseguravam cuidados de reabilitação. A média de tempo de reabilitação diária foi de 30,0 minutos, variando de 8 a mais de 98,6 minutos. As taxas médias de readmissão em 7 e 30 dias foram de 3,1% e 9,5%, respetivamente, diminuindo gradualmente com mais tempo de reabilitação (dados não disponibilizados). A análise indicou uma relação monotónica, associando o aumento da reabilitação a menor proporção de readmissões em 7 e 30 dias. Após ajustes, os utentes com quantidade média e baixa de reabilitação tiveram aumento de 11% na probabilidade de readmissão aos 30 dias, e aqueles com quantidade baixa de reabilitação apresentaram um aumento de 20% em 7 dias. A reabilitação intensiva foi associada a menores taxas de readmissão (Kumar et al., 2023).

Os resultados do estudo destacam a importância de melhorar os cuidados de reabilitação para prevenir readmissões hospitalares em idosos com fraturas proximais do fémur. Ressalta-se a necessidade de priorizar os cuidados de reabilitação em ambiente hospitalar para otimizar os resultados centrados no utente, reduzindo os custos institucionais, uma vez que têm implicações cruciais para a prática clínica e sublinham a importância da reabilitação para melhorar o estado funcional e reduzir o risco de readmissões em utentes idosos com fratura proximal do fémur (Kumar et al., 2023).

A enfermagem de reabilitação desempenha um papel fundamental na recuperação geral da saúde física, psicológica, social e mental dos utentes internados, contribuindo de forma benéfica no pré e pós-operatório dos utentes (Valente et al., 2021).

A reabilitação física precoce e intensa é fundamental à recuperação da funcionalidade e redução da morbilidade após fratura proximal do fémur, desempenha um papel muito importante na promoção das atividades diárias, na diminuição da dor, melhoria da amplitude de movimento (Coulter et al., 2013). O início do programa de reabilitação é recomendado no dia seguinte à cirurgia, através de uma abordagem multidisciplinar que permite reduzir os custos em saúde, envolve exercícios de resistência progressivos e treino de equilíbrio que permita o treino de marcha precoce, exercícios de

sustentação de peso, treino de atividades de vida diária, prevenção de complicações e o suporte nutricional (National Institute for Health and Care Excellence, 2011; Min et al., 2021).



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Coulter, C. L., Scarvell, J. M., Neeman, T. M., & Smith, P. N. (2013). Physiotherapist-directed rehabilitation exercises in the outpatient or home setting improve strength, gait speed and cadence after elective total hip replacement: a systematic review. *Journal of physiotherapy*, 59(4), 219–226. [https://doi.org/10.1016/S1836-9553\(13\)70198-X](https://doi.org/10.1016/S1836-9553(13)70198-X)
- Enge Júnior, D. J., Castro, A. D. A. E., Fonseca, E. K. U. N., Baptista, E., Padial, M. B., & Rosemberg, L. A. (2020). Main complications of hip arthroplasty: pictorial essay. *Radiologia brasileira*, 53(1), 56–62. <https://doi.org/10.1590/0100-3984.2018.0075>
- Kumar, A., Roy, I., Falvey, J., Rudolph, J. L., Rivera-Hernandez, M., Shaibi, S., Sood, P., Childers, C., & Karmarkar, A. (2023). Effect of Variation in Early Rehabilitation on Hospital Readmission After Hip Fracture. *Physical Therapy & Rehabilitation Journal*, 103(3): 1-10. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzac170>
- Lightfoot, C. J., Coole, C., Sehat, K., Brewin, C., & Drummond, A. (2022). Clinicians' experiences of discontinuing routine hip precautions following total hip replacement surgery: a qualitative analysis. *Disability and rehabilitation*, 44(16), 4227–4232. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1884759>
- Min, K., Beom, J., Kim, B. R., Lee, S. Y., Lee, G. J., Lee, J. H., Lee, S. Y., Won, S. J., Ahn, S., Bang, H. J., Cha, Y., Chang, M. C., Choi, J. Y., Do, J. G., Do, K. H., Han, J. Y., Jang, I. Y., Jin, Y., Kim, D. H., Kim, D. H., ... Lim, J. Y. (2021). Clinical Practice Guideline for Postoperative Rehabilitation in Older Patients With Hip Fractures. *Annals of rehabilitation medicine*, 45(3), 225–259. <https://doi.org/10.5535/arm.21110>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2011). Hip fracture: management (CG124). *Clinical Guideline*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg124/resources/hip-fracture-management-pdf-35109449902789>
- Nunes, A., & Matos, A. (2018). Internamentos hospitalares no SNS - tendências recentes. *Revista Ciências em Saúde*, 23, 12-17.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2022). Length of hospital stay (indicator). <https://data.oecd.org/healthcare/length-of-hospital-stay.htm>
- Riester, M. R., Beaudoin, F. L., Joshi, R., Hayes, K. N., Cupp, M. A., Berry, S. D., & Zullo, A. R. (2023). Evaluation of post-acute care and one-year outcomes among Medicare beneficiaries with hip fractures: a retrospective cohort study. *BMC medicine*, 21(1), 232. <https://doi.org/10.1186/s12916-023-02958-9>
- Rogers, A. T., Bai, G., Lavin, R. A., & Anderson, G. F. (2017). Higher Hospital Spending on Occupational Therapy Is Associated With Lower Readmission Rates. *Medical care research and review : MCRR*, 74(6), 668–686. <https://doi.org/10.1177/1077558716666981>
- Sousa, S., Valente, S., Lopes, M., Ribeiro, S., Abreu, N., & Alves, E. (2023). O impacto de programas de reabilitação da marcha no tempo de internamento hospitalar – Scoping Review. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 6(1), e313. <https://doi.org/10.33194/rper.2023.313>
- Staunton, P. F., Grant-Freemantle, M. C., Pomeroy, E., & Cashman, J. (2023). The Role of a Seven-Day Physiotherapy Service in Reducing Length of Stay and Improving Cost-Effectiveness in Arthroplasty Surgery. *Cureus*, 15(1), e33951. <https://doi.org/10.7759/cureus.33951>



Szilágyiné Lakatos, T., Lukács, B., & Veres-Balajti, I. (2022). Cost-Effective Healthcare in Rehabilitation: Physiotherapy for Total Endoprosthesis Surgeries from Prehabilitation to Function Restoration. *International journal of environmental research and public health*, 19(22), 15067. <https://doi.org/10.3390/ijerph192215067>

Valente, G., Taddei, F., Leardini, A., & Benedetti, M. G. (2021). Effects of hip abductor strengthening on musculoskeletal loading in hip dysplasia patients after total hip replacement. *Applied Sciences* 11(5), 1-11. <https://doi.org/10.3390/app11052123>

APÊNDICE 8 – ESTUDO DE CASO: A PESSOA COM ALTERAÇÃO DO EQUILÍBRIO CORPORAL



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

ESTUDO DE CASO

A PESSOA COM ALTERAÇÃO DO EQUILÍBRIO CORPORAL

Júlia Taveira Saraiva

**Almada
2023**



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

MESTRADO EM ENFERMAGEM

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

ESTUDO DE CASO

A PESSOA COM ALTERAÇÃO DO EQUILÍBRIO CORPORAL

Júlia Taveira Saraiva

Docente Orientador: Professor Gonçalo Luís Coelho Rosa

Almada

2023



LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC's – Acidentes Vasculares Cerebrais

AVD – Atividades de Vida Diária

Bpm- Batimentos por minuto

CE- Cuidados de Enfermagem

CIPE- Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem

Cpm- Ciclos por minuto

EEB- Escala de equilíbrio de Berg

EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EQM- Escala de Quedas de Morse

FAC -Functional Ambulation Categories

mmHg – milímetros de mercúrio

MRC-Medical Research Council

OE- Ordem dos Enfermeiros

PET- Tomografia por Emissão de Positrões

RM- Ressonância Magnética

TC- Tomografia Computadorizada

TDAE- Teoria do Défice do Autocuidado de Enfermagem



ÍNDICE

1.	INTRODUÇÃO	5
2.	COLHEITA DE DADOS	6
3.	EXAME FÍSICO E AVALIAÇÃO FUNCIONAL	8
3.1.	EXAME FÍSICO SUMÁRIO	8
4.	AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA (05/06/2023)	9
4.1.	ESTADO MENTAL	9
4.2.	PARES CRANIANOS	9
5.	AVALIAÇÃO DA MOTRICIDADE	11
5.1.	FORÇA MUSCULAR	11
5.2.	TÓNUS MUSCULAR	12
5.3.	COORDENAÇÃO MOTORA (05/06/2023; 16/06/2023)	13
5.4.	AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE (05/06/2023; 16/06/2023)	13
5.5.	AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO (05/06/2023; 16/06/2023)	14
5.6.	AVALIAÇÃO DA MARCHA	15
6.	AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA	16
7.	AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA E IMPACTO NO AUTOCUIDADO (05/06/2023)	17
8.	PLANO DE CUIDADOS	19
9.	CONCLUSÃO	29
10.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
11.	ANEXOS	32

1. INTRODUÇÃO

No âmbito do Ensino Clínico, do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde Egas Moniz, foi proposto a elaboração de estudo de caso que considerasse as competências exigidas e ambicionadas pelo estudante no âmbito da Enfermagem de Reabilitação, decorrentes da sua experiência e prática reflexiva dos Cuidados de Enfermagem (CE).

O presente estudo de caso tem como objetivo principal aprofundar os conhecimentos científicos, teórico e práticos, de forma a poder elaborar um plano de cuidados individualizado, focando a importância do papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) perante a pessoa com necessidades de reabilitação. A elaboração dos diagnósticos de enfermagem tem por base a linguagem da Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE) e o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.

A implementação de um programa de enfermagem de reabilitação precoce apresenta diversas vantagens, incluindo a redução do tempo de internamento e aumento da autonomia da pessoa, minimizando o impacto de complicações e prevenindo futuras sequelas. Este estudo de caso assenta na intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa com alteração do equilíbrio, visando a promoção, manutenção e recuperação da sua funcionalidade.

Foram respeitados todos os aspetos éticos e legais no processo de colheita de informação, avaliação, planeamento de cuidados e intervenção. A elaboração deste trabalho baseou-se no acompanhamento da situação clínica, dos registos informáticos e processo clínico, levando a formulação de diagnósticos e intervenções de enfermagem, bem como a descrição do caso em questão.



2. COLHEITA DE DADOS

DADOS PESSOAIS		
NOME: AM	DATA DE NASCIMENTO: 11/08/1956	IDADE: 66 Anos
GÉNERO: Masculino	ETNIA: Negra	
RESIDÊNCIA: Cova da Piedade	NATURALIDADE: Cabo Verde	
HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL		
Utente recorre ao Serviço de Urgência, do [REDACTED], no dia 22/3/2023 por incapacidade na deambulação por diminuição da força dos membros inferiores e desequilíbrio, com agravamento nas 2 últimas semanas com várias quedas. Refere ter iniciado no mesmo dia um quadro de dor torácica ao esforço, com irradiação para ambos os membros superiores, pescoço e costas com resolução ao fim de 5 minutos em repouso.		
DIAGNÓSTICO: Lesão osteolítica D3 com compressão medular; - Provável plasmocitoma solitário por lesão D5 a condicionar paraparésia;		
CIRURGIAS: 6/4: Descompressão medular com separação em D5; 8/4: Remoção do dreno por dreno retido; 16/4: Revisão da ferida cirúrgica com deiscência; 14/5: Revisão da ferida cirúrgica com deiscência; 4/6: Revisão da ferida cirúrgica com deiscência.		
RESUMO NAS NOTAS DE EVOLUÇÃO		
Utente realizou no dia 2/4 uma Tomografia Computadorizada (TC) que revelou uma lesão osteolítica em D3 com destruição somática e uma provável compressão medular, no qual é submetido dia 6/4 a uma cirurgia de descompressão medular com separação em D5 Dia e dia 8/4 é novamente operado para remoção do dreno se encontrava retido. Por deiscência da ferida cirúrgica, realiza revisão da ferida cirúrgica nos dias 16/4, 14/5 e 4/6. É confirmado compatibilidade com lesão de natureza neoplásica através de Ressonância Magnética (RM) da Coluna dorsal e lombar e por Tomografia por		



Emissão de Positrões (PET), confirmando-se Plasmocitoma solitário.

ANTECEDENTES DE SAÚDE

- Hipertensão arterial;
- Múltiplos Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC's)
- Angina de esforço;
- Défice de ácido fólico;
- Hepatite B antiga.

TERAPÊUTICA HABITUAL: Nega terapêutica habitual.

HÁBITOS ADITIVOS: Hábitos alcoólicos marcados.

ALERGIAS: Nega alergias medicamentosas ou outras.



3. EXAME FÍSICO E AVALIAÇÃO FUNCIONAL

3.1. EXAME FÍSICO SUMÁRIO

- Dados antropométricos:

Peso - 75 kg; Altura -1,65 metros.

- Exame físico (05/06/2023):

Eupneico em ar ambiente, com frequência respiratória de 19 Cpm e SpO2 de 98%. Padrão respiratório misto, simétrico e regular com amplitude normal.

Tensão arterial: 137/74 mmHg e Frequência cardíaca: 85 Bpm, apirético com temperatura axilar de 37,0°C. Apresenta pele e mucosas descoradas e ligeiramente desidratadas. Cabeça e pescoço sem alterações.

Tronco e membros de características normais.

Sem lesões. Sem massas ou tumefações palpáveis.

Apresenta ferida cirúrgica na região dorsal, com penso simples.

Urina no urinol e evacua no WC/fralda diariamente.

- Avaliação Função Respiratória (05/06/2023; 16/06/2023)

Para avaliar a função respiratória do senhor AM, foi aplicada a Escala de Borg modificada (Anexo 1) que avalia a intensidade da sensação de dispneia (Borg, 1982).

INSPEÇÃO	Sem sinais de alterações da configuração normal do tórax. Respiração mista, simétrica de amplitude normal, ritmo regular, sem sinais de dificuldade respiratória. Sem cianose. Sem sinais de tiragem ou adejo nasal.
PALPAÇÃO	Traqueia simétrica. Expansibilidade e frémito toracovocal mantidos. Sem lesões cutâneas e tumefações. Sem pontos dolorosos. Sem crepitações
PERCURSSÃO	Apresenta som ressonante em todos os pontos percutidos do tórax. Não apresenta macicez ou hipersonâncias
AUSCULTAÇÃO	Apresenta murmúrio vesicular mantido em todos os quadrantes pulmonares, bilateralmente. Sem presença de ruídos adventícios
ESCALA DE DISPNEIA DE BORG MODIFICADA (Anexo I)	0



4. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA (05/06/2023)

4.1. ESTADO MENTAL

Estado de consciência: O utente encontra-se vigil, score 15 na Escala de Coma de Glasgow (Teasdale & Jennett, 1974) uma vez que procede a abertura ocular espontânea, com orientação na resposta verbal, cumprindo ordens (Anexo II).

Orientação: Orientado auto e alo psiquicamente.

Atenção: Vígil e concentrado quando realiza tarefas.

Memória: Apresenta memória imediata, recente e remota conservada.

Linguagem: Discurso espontâneo mantido. Compreensão, nomeação e repetição, sem alterações.

Capacidades Práticas: Mantém capacidade de efetuar gestos simbólicos (ex: sinal da cruz), ou icónicos transitivos (ex: pentear-se) e icónicos intransitivos (ex: dizer adeus).

Negligência hemiespacial unilateral: Sem evidência de neglect.

4.2. PARES CRANIANOS

Nº	Nervo	Teste	Avaliação
I	Olfativo	Pessoa com os olhos fechados e posicionei um objeto com cheiro facilmente identificável abaixo da área nasal: café e perfume de rosas.	Detetei Hiposmia. A pessoa detetou um cheiro diferente, mas não conseguiu identificá-lo.
II	Ótico	Teste da acuidade visual: solicitei à pessoa para fechar um dos olhos e fazer a contagem dos dedos a várias distâncias. Teste do campo de visão: solicitei à pessoa para fechar um dos olhos e saber até que ângulo consegue observar o dedo. Testei a acuidade visual e o campo de visão bilateralmente.	Sem alteração.
III IV VI	Óculomotor; Patético (troclear); Motor Ocular Externo (abducente).	Numa sala escura avaliei a resposta pupilar bilateralmente ao estímulo luminoso (luz do canto externo para o interno do olho). Avaliei a reação, tamanho e forma das pupilas. Avaliei os movimentos	Pupilas redondas, mióticas (2 mm de diâmetro), isométricas e reativas. Movimentos oculares normais, simétricos e coordenados; Ausência de ptose palpebral.



		conjugados do globo ocular, desenhando um H no espaço e pedindo que seguisse o meu dedo. Realizei despiste de nistagmo ou ptose palpebral.	
V	Trigêmeo	Avaliei bilateralmente a sensibilidade tátil, térmica e dolorosa nas três divisões do nervo craniano: divisão oftálmica, divisão maxilar e divisão mandibular. Avaliei a presença do reflexo córneo-palpebral e realizei o teste dos movimentos dos músculos mastigadores	Sem alterações.
VII	Facial	Avaliei a simetria facial e apagamento sulco nasogeniano. Avaliei a dificuldade em manter saliva ou alimentos na cavidade oral. Avaliei a capacidade de reconhecer sabores como doce, salgado e amargo nos 2/3 anteriores da língua.	Sem alterações.
VIII	Auditivo/ Estado- acústico	Divisão coclear: Avaliei bilateralmente a capacidade de identificar o som de ponteiros de relógio. Divisão vestibular: Testei equilíbrio dinâmico e estático sentado e em posição ortostática.	Divisão coclear: Sem alterações Divisão vestibular: Não apresenta equilíbrio estático e dinâmico na posição ortostática. Não foi capaz de realizar o Teste de Romberg.
IX	Glosssofaríngeo	Avaliei a capacidade de reconhecer os sabores doce, salgado e amargo no 1/3 posterior da língua.	Sem alterações.
X	Vago	Avaliei a presença de vômito tocando na porção posterior da língua. Avaliei alterações do tom de voz, fadiga vocal, tosse ineficaz ou dor local.	Sem alterações.
XI	Espinhal	Avaliei a capacidade de lateralizar a cabeça e elevar os ombros contra uma resistência	Sem alterações.
XII	Grande Hipoglosso	Avaliei os diferentes movimentos, desvios e tremores da língua e da úvula.	Sem alterações.



5. AVALIAÇÃO DA MOTRICIDADE

5.1. FORÇA MUSCULAR

Para avaliação da força muscular utilizei a escala Medical Research Council ([MRC, 1976]; [Anexo III]).

SEGMENTOS	MOVIMENTOS	AVALIAÇÃO (05/06/2023)		AVALIAÇÃO (16/06/2023)	
Cabeça e Pescoço	Flexão	5		5	
	Extensão	5		5	
	Flexão lateral esquerda	5		5	
	Flexão lateral direita	5		5	
	Rotação	5		5	
Membro Superior		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
Escapulo-umeral	Flexão	5	5	5	5
	Extensão	5	5	5	5
	Adução	5	5	5	5
	Abdução	5	5	5	5
	Rotação interna	5	5	5	5
	Rotação externa	5	5	5	5
Cotovelo	Flexão	5	5	5	5
	Extensão	5	5	5	5
Antebraço	Pronação	5	5	5	5
	Supinação	5	5	5	5
Punho	Flexão Palmar	5	5	5	5
	Dorsi-flexão	5	5	5	5
	Desvio radial	5	5	5	5
	Desvio cubital	5	5	5	5
	Circundação	5	5	5	5
Dedos	Flexão	5	5	5	5
	Extensão	5	5	5	5
	Adução	5	5	5	5
	Abdução	5	5	5	5
	Circundação	5	5	5	5
	Oponência do polegar	5	5	5	5
Membro Inferior		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
Coxo femoral	Flexão	4	4	4	4
	Extensão	4	4	4	4
	Adução	4	4	4	4
	Abdução	4	4	4	4
	Rotação Interna	4	4	4	4
	Rotação Externa	4	4	4	4
Joelho	Flexão	2	3	3	4
	Extensão	2	3	3	4
Tibiotársica	Flexão plantar	2	3	3	4



	Flexão dorsal	2	3	3	4
	Inversão	2	3	3	4
	Eversão	2	3	3	4
Dedos	Flexão	2	3	3	4
	Extensão	2	3	3	4
	Adução	2	3	3	4
	Abdução	2	3	3	4

5.2. TÓNUS MUSCULAR

Para avaliação do tônus muscular utilizei a Escala Modificada de Ashworth ([Bohannon & Smith, 1987]; [Anexo IV]).

SEGMENTOS	MOVIMENTOS	AVALIAÇÃO (05/06/2023)		AVALIAÇÃO (16/06/2023)	
Cabeça e PESCOÇO	Flexão	0		0	
	Extensão	0		0	
	Flexão lateral esquerda	0		0	
	Flexão lateral direita	0		0	
	Rotação	0		0	
Membro Superior		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
Escapulo- umeral	Flexão	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0
	Adução	0	0	0	0
	Abdução	0	0	0	0
	Rotação interna	0	0	0	0
	Rotação externa	0	0	0	0
Cotovelo	Flexão	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0
Antebraço	Pronação	0	0	0	0
	Supinação	0	0	0	0
Punho	Flexão Palmar	0	0	0	0
	Dorsi-flexão	0	0	0	0
	Desvio radial	0	0	0	0
	Desvio cubital	0	0	0	0
	Circundação	0	0	0	0
Dedos	Flexão	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0
	Adução	0	0	0	0
	Abdução	0	0	0	0
	Circundação	0	0	0	0
	Oponência do polegar	0	0	0	0
Membro Inferior		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo

Coxo femoral	Flexão	0 (hipotonia)	0 (hipotonia)	0 (hipotonia)	0 (hipotonia)
	Extensão	0 (hipotonia)	0 (hipotonia)	0 (hipotonia)	0 (hipotonia)
	Adução	0 (hipotonia)	0 (hipotonia)	0 (hipotonia)	0 (hipotonia)
	Abdução	0 (hipotonia)	0 (hipotonia)	0 (hipotonia)	0 (hipotonia)
	Rotação Interna	0 (hipotonia)	0 (hipotonia)	0 (hipotonia)	0 (hipotonia)
	Rotação Externa	0 (hipotonia)	0 (hipotonia)	0 (hipotonia)	0 (hipotonia)
Joelho	Flexão	0 (hipotonia)	0 (hipotonia)	0 (hipotonia)	0 (hipotonia)
	Extensão	0 (hipotonia)	0 (hipotonia)	0 (hipotonia)	0 (hipotonia)
Tibiotársica	Flexão plantar	0 (hipotonia)	0 (hipotonia)	0 (hipotonia)	0 (hipotonia)
	Flexão dorsal	0 (hipotonia)	0 (hipotonia)	0 (hipotonia)	0 (hipotonia)
	Inversão	0 (hipotonia)	0 (hipotonia)	0 (hipotonia)	0 (hipotonia)
	Eversão	0 (hipotonia)	0 (hipotonia)	0 (hipotonia)	0 (hipotonia)
Dedos	Flexão	0 (hipotonia)	0 (hipotonia)	0 (hipotonia)	0 (hipotonia)
	Extensão	0 (hipotonia)	0 (hipotonia)	0 (hipotonia)	0 (hipotonia)
	Adução	0 (hipotonia)	0 (hipotonia)	0 (hipotonia)	0 (hipotonia)
	Abdução	0 (hipotonia)	0 (hipotonia)	0 (hipotonia)	0 (hipotonia)

5.3. COORDENAÇÃO MOTORA (05/06/2023; 16/06/2023)

Como forma de avaliar a coordenação motora do senhor AM, foi aplicada a prova Índex-nariz e prova Calcanhar-joelho (Menoita et al., 2012).

Prova índex-nariz – Sem alterações.

Prova calcanhar-joelho – Dismetria.

Ambas as provas foram realizadas de olhos abertos e olhos fechados.

5.4. AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE (05/06/2023; 16/06/2023)

Foi avaliada a sensibilidade corporal do senhor AM (Menoita et al., 2012):

- Sensibilidade superficial: Apresenta diminuição da sensibilidade tátil nos dedos dos pés.
- Sem alteração da sensibilidade térmica e dolorosa.



- Sensibilidade profunda: Sem alterações. Barestesia, batiestesia e esteriognosia preservadas. Não foi avaliada a palestesia.

5.5. AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO (05/06/2023;16/06/2023)

Alteração do equilíbrio ortostático estático e dinâmico – Incapaz de realizar teste de RombergBarré.

Apresenta equilíbrio sentado estático e dinâmico, mas não apresenta equilíbrio ortostático estático e dinâmico.

Para avaliar o equilíbrio foi utilizada a Escala de equilíbrio de Berg (EEB), que avalia o equilíbrio funcional através da execução de 14 tarefas de dificuldade variada ([Berg et al., 1992]; [Anexo V]).

Utente apresenta diminuição do equilíbrio (Blum & Komer - Bitensky, 2008) e um alto risco de queda (Souza e Ribeiro, 2012).

Descrição dos itens	Pontuação (0-4)	
	05/06	16/06
1) Posição sentada para posição em pé	1	2
2) Permanecer em pé sem apoio	0	0
3) Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho	3	4
4) Posição em pé para posição sentada	1	2
5) Transferências	1	2
6) Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados	0	0
7) Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos	0	0
8) Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé.	0	0
9) Apanhar um objeto do chão a partir da posição em pé.	0	0
10) Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé.	0	0
11) Girar 360 graus	0	0
12) Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio	0	0
13) Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente	0	0
14) Permanecer em pé sobre uma perna	0	0
TOTAL	6	10



5.6. AVALIAÇÃO DA MARCHA

Para a avaliação da marcha do senhor AM, utilizou-se como auxílio o método das Functional Ambulation Categories (FAC)/ Categorias Funcionais de Marcha (Holden et al., 1986) que permitem a categorização detalhada do suporte físico necessário às pessoas que executam a marcha (Anexo VI).

Definição	Categoria	05/06	16/06
O indivíduo não pode andar ou requer suporte de duas ou mais pessoas	0	X	
O indivíduo precisa de suporte contínuo de uma pessoa que ajude com o seu peso e equilíbrio	1		X
O indivíduo é dependente com suportes contínuos ou intermitentes com uma pessoa auxiliando no equilíbrio ou coordenação	2		
O indivíduo precisa de apenas supervisão verbal	3		
O suporte é requerido para escadas e superfícies irregulares	4		
O indivíduo pode andar independentemente em qualquer lugar	5		



6. AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA

Para avaliação do risco de queda foi utilizada a Escala de Quedas de Morse - EQM ([Norma n.º 008/2019, pp 1-17]; [Anexo VII])

Escala de Quedas de Morse		
Item	05/06	16/06
1. História de Quedas, no internamento ou nos últimos 3 meses. Não Sim	25	25
2. Diagnósticos secundários Não Sim	15	15
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andador Apoia-se no mobiliário para andar	0	0
4. Terapia intravenosa Não Sim	0	0
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilitado Dependente de ajuda	20	10
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	15	15
TOTAL	75	65
CONCLUSÃO	Alto risco de queda	Alto risco de queda



7. AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA E IMPACTO NO AUTOCUIDADO (05/06/2023)

Para avaliar a independência do utente foi utilizada o Índice de Barthel (Anexo VIII) , que avalia o nível de independência da pessoa para a realização de dez atividades básicas de vida (Mahoney, 1965) e de Medida de Independência Funcional (Anexo IX) que avalia o grau de capacidade/incapacidade funcional da pessoa avaliando o seu desempenho e a necessidade de cuidados exigida para a realização de determinadas tarefas de vida diária (Granger, 1986).

Índice de Barthel	05/06	16/06
1Alimentação	Independente = 10	Independente = 10
2. Transferências	Necessita de ajuda de outra pessoa, mas consegue sentar-se = 5	Necessita de ajuda de outra pessoa, mas consegue sentar-se = 5
3. Higiene Pessoal	Independente a fazer a barba, lavar a cara e lavar os dentes =5	Independente a fazer a barba, lavar a cara e lavar os dentes =5
4. Utilização de Casa de banho	Dependente = 0	Necessita de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho = 5
5. Tomar banho	Dependente, necessita de ajuda = 0	Dependente, necessita de ajuda = 0
6. Mobilidade	Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas = 5	Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas = 5
7. Subir e descer escadas	Dependente = 0	Dependente = 0
8. Vestir	Independente (incluindo botões, fechos e atacadores) =10	Independente (incluindo botões, fechos e atacadores) =10
9. Controlo Intestinal	Acidente ocasional = 5	Acidente ocasional = 5
10.Controlo Vesical	Acidente ocasional = 5	Acidente ocasional = 5
TOTAL	45 = Dependência Elevada	50 = Dependência Elevada



MIF-Medida de Independência Funcional		
	05/06	16/06
AUTOCUIDADO		
A – Alimentação	3	4
B – Higiene pessoal	3	3
C – Banho	2	2
D - Vestir metade superior	5	6
E - Vestir metade inferior	5	5
F – Utilização da sanita	2	3
CONTROLO DE ESFÍNCTERES		
G – Vesical	4	4
H – Intestinal	3	3
TRANSFERÊNCIA		
I - Cama, cadeira, cadeira de rodas	2	3
J – Sanitário	2	2
K - Banheira, duche	2	2
LOCOMOÇÃO		
L - Marcha, cadeira de rodas	2	3
M – Escadas	NA	NA
COMUNICAÇÃO		
N – Compreensão	6	6
O – Expressão	6	6
COGNIÇÃO SOCIAL		
P - Interação social	2	2
Q - Resolução de problemas	2	2
R – Memória	4	4
TOTAL	55	60

8. PLANO DE CUIDADOS

Análise de acordo com a Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Orem

A prestação de cuidados de Enfermagem nos diferentes contextos de cuidados, deve ser sustentada num modelo teórico. O modelo do autocuidado, revela-se “estruturante e de excelência para a otimização da qualidade do exercício profissional” (OE, 2015), pelo qual escolhi a Teoria do Défice do Autocuidado de Enfermagem (TDAE), desenvolvida por Dorothea Orem, para sustentar o meu trabalho.

Segundo Orem (2001), o autocuidado refere-se às ações realizadas para garantir, manter e promover o bem-estar pessoal. É praticado quando a pessoa aprende, se adapta e desenvolve estratégias para cuidar de si mesma. Nesse contexto, a pessoa é considerada como agente de autocuidado. Por outro lado, quando a pessoa não tem capacidade para realizar o autocuidado e depende de outras pessoas com responsabilidades sociais, são chamadas de agentes dependentes de cuidados. Quando os cuidados são prestados pelos enfermeiros como parte de sua prática profissional, são chamados de agentes terapêuticos de autocuidado (Orem, 2001).

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem sugere que a enfermagem é uma ação humana, pois estes são sistemas de ação concebidos e produzidos por enfermeiros através do exercício da sua prática com pessoas que apresentam limitações de autocuidado. A relação entre ação do utente e do enfermeiro pode ser classificada em sistemas básicos de enfermagem: o sistema totalmente compensatório; o sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio-educação (Alligood, 2022). O sistema totalmente compensatório é quando o enfermeiro substitui a pessoa no autocuidado, compensa a sua incapacidade, o apoia e protege. No sistema parcialmente compensatório o enfermeiro só executa algumas ações de autocuidado da pessoa, compensa as suas limitações e auxilia quando necessário e este aceita o seu cuidado e a sua assistência. Por fim no Sistema de apoio-educação a pessoa é capaz de realizar o autocuidado, embora necessite dos enfermeiros para o ensinar e supervisionar na realização das ações do autocuidado (Alligood, 2022).

Todas pessoas têm potencial para se autocuidar, uma vez que detêm aptidões, conhecimentos e experiências adquiridas ao longo da vida. Quando as exigências de uma determinada atividade superam a capacidade de a realizar, existe a necessidade de



suporte, quer de indivíduos ligados à pessoa (família/ amigos/ cuidador) quer dos profissionais de saúde (Petronilho & Machado, 2017).

Desta forma, a TDAE é essencial para a prática, pois o seu conceito fundamental é estabelecer uma relação de ajuda entre a pessoa que necessita de cuidados e o prestador de cuidados, o enfermeiro de reabilitação. Este avalia os défices, adequa a sua intervenção, de forma eficiente e eficaz, e os métodos de auxílio, compreendendo e respeitando o papel da pessoa no desempenho do autocuidado.

DIAGNÓSTICO	OBJETIVOS	INTERVENÇÕES DO EEER	AValiação
- EQUILÍBRIO CORPORAL COMPROMETIDO: - Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal; - Potencial para melhorar a capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal. <u>Sistema parcialmente compensatório</u>	Melhorar o equilíbrio corporal, conhecimentos e técnicas para o mesmo.	- Avaliar o equilíbrio corporal; - Monitorizar equilíbrio corporal através da Escala de Berg; - Planear, ensinar e executar treino de equilíbrio corporal em séries de 10 repetições (alternância de carga nos membros superiores e inferiores; apoio unipodal e exercícios de coordenação motora; exercício de ponte; oscilação pélvica); - Ensinar, instruir e treinar a utilização de calçado adequado, fechado, com sola antiderrapante para permitir a realização do programa de reabilitação em segurança; - Avaliar conhecimento sobre técnicas de equilíbrio corporal; - Avaliar capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal; - Ensinar, instruir e treinar técnicas de equilíbrio podendo recorrer a produtos de apoio: Andarilho; - Incentivar a treinar o equilíbrio corporal; - Instruir e treinar a correção postural; - Ensinar sobre a condição do utente.	05/06/2023 - Sr. AM não apresenta equilíbrio ortostático estático e dinâmico. Não consegue sentar-se na cama sem ajuda e necessita de apoio bilateral no andarilho para colocar-se em posição ortostática e para realizar os exercícios. - Utente não consegue realizar apoio unipodal nem oscilação pélvica pela diminuição da força e equilíbrio pelo que não foram realizados; - Apresenta comprometimento do equilíbrio através da EEB (Score 6); - Apresenta descoordenação motora não conseguindo executar alguns exercícios de coordenação: Foi pedido que colocasse o seu pé, 1 de cada vez, nos quadrados que se encontravam no chão, no qual teve dificuldade de seguir a sequência que lhe foi proposta; não foi capaz de realizar movimentos de bicicleta imaginária no leito; apresentou dificuldade em realizar o movimento de cruzar uma perna sobre a outra; - Consegue realizar marcha com apoio bilateral no andarilho; - Não demonstra conhecimento sobre técnicas de equilíbrio corporal e necessidade de calçado antiderrapante para a realização de um programa de reabilitação seguro; - Dificuldade na execução e aprendizagem de técnicas de equilíbrio corporal; - Utente mostrou-se pouco recetivo durante os ensinamentos e treinos do equilíbrio corporal e não reconhece as suas limitações. 16/6/2023

			- Sr. AM mantém défice no equilíbrio ortostático estático e dinâmico, mas já consegue sentar-se sozinho na cama e só necessita de apoio unilateral no andarilho para colocar-se em posição ortostática e para realizar exercícios. - Score 10 na EEB; - Utente já consegue realizar apoio unipodal e oscilação pélvica; - Melhoria na execução dos exercícios de coordenação, conseguindo seguir maior parte das sequências e os exercícios propostos; - Não demonstra conhecimentos sobre técnicas de equilíbrio corporal e sobre a necessidade de calçado antiderrapante para a realização de um programa de reabilitação seguro; - Mantém dificuldade na execução e aprendizagem de técnicas de equilíbrio corporal, porém, mais recetivo e motivado a aprender e a realizar os exercícios propostos.
- MOVIMENTO MUSCULAR DIMINUÍDO NOS MEMBROS INFERIORES: - Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular; - Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas	- Movimento muscular melhorado; - Conhecimento sobre técnicas de exercício musculares articular, demonstrado; - Capacidade de executar técnicas de exercício muscular e	- Avaliar a força muscular através da escala da força muscular MRC; - Avaliar o tônus muscular, através da Escala Modificada de Ashworth; - Executar técnica de exercício muscular ativo resistido em séries de 10 repetições: flexão e extensão da articulação coxofemoral e do joelho contra uma resistência manual ou um peso/banda elástica; adução e abdução da articulação coxofemoral contra uma resistência manual ou um peso/banda elástica; flexão plantar e dorsiflexão do tornozelo contra uma resistência manual ou um peso/banda elástica; Alongamentos. - Aumentar progressivamente resistência nos exercícios à medida que a pessoa	05/06/2023 - Avaliada força muscular de acordo com MRC, com défice maior nos segmentos distais do membro inferior direito (Grau 2) e membro inferior esquerdo (Grau 3). Força normal nos membros superiores; - Utente apresenta hipotonia nos membros inferiores; - O Sr. AM retém alguns exercícios conseguindo reproduzir o programa de treino embora com necessidade de constantes ensinamentos, treino e incentivo para realizar e corrigir os mesmos; - Realizou exercícios musculares ativos resistidos contra uma resistência manual aplicada por mim e por pesos (Garrafas de soro, garrafas de água) e alongamentos; - Realizou auto mobilizações; - Não apresenta conhecimento sobre técnicas de exercício muscular com necessidade acrescida de ensinamentos sobre as

de exercício muscular e articular; <u>Sistema apoio- educação</u>	articular, melhorado.	ganha força e se sente confortável com os exercícios; - Incentivar a execução de exercícios musculares e articulares ativos; - Avaliar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular; - Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular; - Avaliar capacidade de executar técnicas de exercício muscular e articular; - Treinar e instruir sobre técnicas de exercícios musculares e articulares; - Incentivar repetição dos exercícios entre as sessões de reabilitação (Contrações isométricas; Auto mobilizações; flexão/ extensão da articulação coxofemoral e joelho; adução e abdução da coxofemoral; flexão plantar e dorsiflexão do tornozelo.	técnicas exercício muscular e articular; - Apresenta capacidade de executar técnicas exercício muscular e articular, mas com supervisão, correção e incentivos constantes; - Necessita de incentivo constante para realizar os exercícios; - Não realizou exercícios entre as sessões de reabilitação por não apresentar vontade. 16/6/2023 - Melhoria na força dos segmentos distais do membro inferior direto (Grau 3) e do membro inferior esquerdo (Grau 4). Força normal nos membros superiores; - Utente mais motivado e interessado em realizar os exercícios propostos; - Aumentadas resistências nos exercícios; - Mantém dificuldade na execução e aprendizagem de técnicas de exercício muscular e articular; - Não realizou exercícios entre as sessões de reabilitação por não apresentar vontade.
- ANDAR COMPROMETIDO: - Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de adaptação para andar; - Potencial para melhor capacidade para andar.	- Melhorar a capacidade para andar, conhecimento e técnicas para o mesmo; - Promover o andar de forma independente.	- Avaliar o tónus muscular, através da Escala Modificada de Ashworth; - Avaliar da força muscular recorrendo à Escala de Força Muscular MRC; - Avaliar a capacidade de andar através da escala Functional Ambulation Classification; - Avaliar conhecimento sobre técnicas de adaptação para andar; - Ensinar, instruir e treinar a técnica de marcha; - Instruir sobre técnicas de posicionamento (correção postural) - Incentivar a andar; - Assistir no andar;	05/06/2023 - Utente apresenta hipotonia nos membros inferiores; - Avaliada força muscular de acordo com MRC, com défice maior nos segmentos distais do membro inferior direito (Grau 2) e membro inferior esquerdo (Grau 3). Força normal nos membros superiores; - O utente requer suporte de duas pessoas no andador; - O Sr. AM, conseguiu andar uma distância curta de aproximadamente 5 metros com apoio bilateral no andador (categoria 0 de acordo com a FAC). - Inicialmente demonstrou-se renitente ao treino, ensinos da técnica de marcha que melhorou após incentivo; - Demonstrou capacidade para andar com apoio de duas

<u>Sistema parcialmente compensatório</u>		- Ensinar a técnica respiratória; - Ensinar acerca da importância da utilização de vestuário e calçado adequado programa de reabilitação seguro.	peças no andarilho 5 metros. Dificuldade em trocar de direção, levantar ligeiramente o andarilho ou passar por cima de pequenos obstáculos; - Necessita de acompanhamento e de correção da postura corporal frequentemente, não apresenta alinhamento corporal não mantendo a posição vertical, cabeça erguida, ombros relaxados e alinhados com a articulação coxofemoral; inclina-se para frente e para trás enquanto caminha com o andarilho; passos largos e pouco controlados com movimentos bruscos; - Dificuldade no controlo da respiração durante o treino de marcha; - Recetividade sobre a necessidade de roupa adequada ao seu tamanho bem com calçado fechado e antiderrapante. 16/06/2023 - Utente mantém hipotonia nos membros inferiores; - Melhoria na força dos segmentos distais do membro inferior direito (Grau 3) e do membro inferior esquerdo (Grau 4). Força normal nos membros superiores; - Sr. AM apenas necessita de apoio unilateral no andarilho, conseguindo realizar marcha cerca de 10 metros e melhoria em trocar de direção, levantar o andarilho e passar por cima de obstáculos (Categoria 1 de acordo com a FAC); - Mantém necessidade de correção postural, embora melhorado.
- ANDAR COM AUXILIAR DE MARCHA COMPROMETIDO:	- Promover andar com auxiliar de marcha de forma eficaz e	- Avaliar capacidade de andar com auxiliar de marcha - andarilho; - Avaliar conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha; - Ensinar, instruir e treinar a utente a andar	05/06/2023 - O Sr. AM anda com o andarilho, mas frequentemente necessita de correção postural (não apresenta alinhamento corporal não mantendo a posição vertical, cabeça erguida,

- Potencial para melhorar o conhecimento sobre o andar com auxiliar de marcha; - Potencial para melhorar a capacidade de andar com auxiliar de marcha; <u>Sistema parcialmente compensatório</u>	segura; - Promover a capacidade para andar com auxiliar de marcha, conhecimento e técnicas para o mesmo.	com andariho; - Realizar ensinios sobre condições de segurança para a marcha.	ombros relaxados e alinhados com a articulação coxofemoral; inclina-se para frente e para trás enquanto caminha com o andariho; passos largos e pouco controlados com movimentos bruscos); - Corrige, com incentivo, a sua posição e do auxiliar de marcha; - Recetividade nos ensinios sobre andariho e segurança para a marcha, porém quando questionado não demonstra conhecimento. 16/06/2023 - Avaliação sobreponível a anterior embora apresente melhoria na correção postural.
- RISCO DE QUEDA EM GRAU ELEVADO: - Potencial para melhorar conhecimento sobre a prevenção de queda;	Diminuir o risco de queda e prevenir a sua ocorrência.	-Avaliar o risco de queda através da escala de Quedas de Morse, EEB e a Escala de Força Muscular MRC; - Identificar fatores de risco para a ocorrência de quedas, tais como: alterações do equilíbrio corporal, alterações da visão, alterações na marcha e dificuldade de realizar as AVD; - Elevar grades da cama; - Deixar a campainha junto do utente; - Travar o cadeirão e cadeira de banho; - Colocar superfície de apoio no cadeirão; - Auxiliar cuidados de higiene recorrendo a produtos de apoio (Barras de apoio e cadeira de banho).	05/06/2023 - O Sr. AM apresenta um elevado risco de queda de acordo com a escala de Quedas de Morse (75); diminuição do equilíbrio através da EEB (6); Défice nos segmentos distais do membro inferior direito (grau 2), membro inferior esquerdo (grau 3) e força mantida nos membros superiores, avaliado através da escala MRC; - Foram identificados fatores de risco para a ocorrência de quedas: alteração do equilíbrio, alteração na marcha e dificuldade em realizar as AVD, tais como uso do sanitário e higiene; - Garantido segurança do utente com grades da cama elevadas quando se encontrava no leito, cadeirão travado com superfície de apoio, cadeira sanitária travada, objetos a

<u>Sistema parcialmente compensatório</u>		- Incentivar a pedir ajuda quando necessitar de ir a casa de banho; - Garantir que os objetos a serem utilizados pelo utente ficam ao seu alcance; - Realizar de ensinamentos ao utente/família sobre a adaptação às barreiras arquitetónicas (móveis, tapetes, pisos escorregadios); - Ensinar sobre o uso de vestuário adequado; - Ensinar sobre medidas de prevenção de queda; - Assistir a pessoa no levantar e transferência; - Assistir no andar com andador; - Ensinar e incentivar a utilização de produtos de apoio: barras de apoio, cadeiras de banho; - Perceber junto do utente/ família fatores de risco do ambiente domiciliário de forma a promover um ambiente seguro e da eliminação de barreiras para evitar a ocorrência de quedas.	serem utilizados próximos do utente e campainha junto do utente; - Utente necessita de auxílio de 2 pessoa nos cuidados de higiene recorrendo a produtos de apoio (Barras de apoio e cadeira de banho). - Incentivar a pedir ajuda quando necessitar de ir a casa de banho. - Utente reside sozinho, porém foi informada a família da necessidade de adequação do domicílio as necessidades do utente; - Sr. AM mostrou-se receptivo aos ensinamentos sobre prevenção do risco de queda, porém durante levantar, transferências e na marcha com andador mostrou-se pouco cuidadoso. 16/06/2023 - O Sr. AM mantém um elevado risco de queda de acordo com a escala de Quedas de Morse (65); diminuição do equilíbrio através da EEB (10); Melhoria do défice nos segmentos distais do membro inferior direito (grau 3), membro inferior esquerdo (grau 4) e força mantida nos membros superiores, avaliado através da escala MRC; - Auxiliado no levantar e transferência. Realizou o autocuidado higiene no wc com ajuda de 1 pessoa, mantendo a segurança recorrendo a produtos de apoio (Barras de apoio e cadeira de banho). Utilizou meias antiderrapantes por não ter calçado fechado e antiderrapante. Efetuou a marcha com apoio unilateral no andador. Não teve ocorrência de queda.
- TRANSFERIR-SE COMPROMETIDO; (05/06/2023)	- Executar a técnica de transferência e em segurança	- Avaliar a capacidade de se transferir; - Ensinar estratégias para realizar movimentos em segurança (Posicionar o cadeirão próximo à cama, alinhando as superfícies para facilitar a transferência;	- Não consegue transferir-se sozinho por diminuição da força muscular e do equilíbrio; - Não apresenta capacidade nem conhecimentos sobre técnicas de adaptação para transferir-se; - Receptividade nos ensinamentos de estratégias de segurança.

<u>Sistema parcialmente compensatório</u>		certificar-se de que o cadeirão/cadeira sanitária esteja travada e estável antes de iniciar a transferência); - Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se; - Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se; - Instruir e treinar técnica de adaptação para transferir-se;	- Consegue colocar-se na posição sentado na cama com os pés apoiados no chão, mas não consegue transferir-se; - Transfere-se com apoio de 2 pessoas. 16/06/2023 - Utente já se transfere para o cadeirão/ cadeira sanitária com auxílio de 1 pessoa e apresenta conhecimentos sobre as técnicas e estratégias de segurança.
AUTOCUIDADO COMPROMETIDO: EM GRAU ELEVADO: - Higiene; - Uso de sanitário - Potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar para o autocuidado higiene/ uso de sanitário; -Potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo		- Avaliar capacidade para realizar o autocuidado recorrendo ao Índice de Barthel e escala de MIF; - Avaliar o material necessário para a realização do autocuidado higiene e uso de sanitário. - Ensinar, instruir e treinar o autocuidado: higiene e uso de sanitário. - Ensinar, instruir e treinar a utilização de produtos de apoio para o autocuidado (cadeiras de banho/ sanitárias; barras de apoio. - Incentivar a utilização dos seus objetos de higiene pessoal.	05/05/2023 - Índice de Barthel- 45; Escala de MIF- 55. - Foram-lhe prestados os cuidados de higiene na casa de banho, em cadeira sanitária, com apoio total. Sem produtos de higiene pessoais. Incentivado a adquirir os produtos pessoais para utilizar; - Utente necessita de 2 pessoas para uso de sanitário, não consegue posicionar-se na sanita/ cadeira sanitária e não consegue fazer a higiene íntima após urinar/evacuar 16/06/2023 - Índice de Barthel- 50; Escala de MIF- 60. - Levado em cadeira sanitária à casa de banho, consegue lavar a maioria do corpo, só não consegue lavar os membros inferiores por desequilíbrio; foram utilizados os seus produtos de higiene; - Utente necessita de 1 pessoa para uso de sanitário, consegue posicionar-se na sanita/ cadeira sanitária e

auxiliar para o autocuidado higiene/ uso de sanitário; <u>Sistema parcialmente compensatório</u>			consegue fazer a higiene íntima após urinar/evacuar.
---	--	--	--



9. CONCLUSÃO

A escolha do caso do Sr. AM incidiu no facto de ser um utente, que era independente nas suas atividades de vida e se encontrava dependente para parte delas no internamento, necessitando de ajuda total para o desempenho de determinadas AVD.

Os exercícios e atividades realizados durante o plano de enfermagem de reabilitação tiveram como objetivo estimular os sistemas neuromuscular e proprioceptivo, promovendo a recuperação e o fortalecimento dos músculos envolvidos. Com a prática regular e a progressão adequada dos exercícios, o utente desenvolveu maior controle sobre seus movimentos, melhorando a estabilidade e reduzindo o risco de quedas.

Deste modo, considero que foi um caso desafiante, uma vez que pude constatar que ao longo da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, foram observadas melhorias significativas no equilíbrio, coordenação e ganho de força do utente. O trabalho em equipa multidisciplinar também desempenhou um papel fundamental, permitindo uma abordagem holística no cuidado ao utente.

Os resultados alcançados reforçam a importância da enfermagem de reabilitação no processo de recuperação, no aumento da qualidade de vida e na independência funcional.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alligood, M.R. (2022). Modelos y Teorías en Enfermería. (10ª ed.). Elsevier. <https://books.google.com.br/books?hl=ptPT&lr=&id=ekqGEAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA198&dq=teoria+do+d%C3%A9ficit+d+o+autocuidado&ots=89Sn4RvuLS&sig=6exbAqGs9Afn5stIkhPmZmh6TJU#v=onepage&q&f=true>
- Berg, K. O., Wood-Dauphinee, S. L., Williams, J. I., & Maki, B. (1992). Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*, 83 Suppl 2, S7-S11.
- Blum, L., & Korner-Bitensky, N. (2008). Usefulness of the Berg Balance Scale in stroke rehabilitation: a systematic review. *Physical therapy*, 88(5), 559-566. <https://doi.org/10.2522/ptj.20070205>
- Bohannon, R. W., & Smith, M. B. (1987). Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. *Physical therapy*, 67(2), 206-207. <https://doi.org/10.1093/ptj/67.2.206>
- Borg G. A. (1982). Psychophysical bases of perceived exertion. *Medicine and science in sports and exercise*, 14(5), 377-381.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2019). Browser Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão 2019. Ordem dos Enfermeiros. Consultado em: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Granger, C. V., Hamilton, B. B., Keith, R. A., Zielesny, M. & Sherwin, F. S. (1986). Advances in functional assessment for medical rehabilitation. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 1(3): 59-74. http://journals.lww.com/topicsingeriatricrehabilitation/Abstract/1986/04000/Advances_in_functional_assessment_for_medical.7.aspx
- Holden, M. K., Gill, K. M., & Magliozzi, M. R. (1986). Gait assessment for neurologically impaired patients. Standards for outcome assessment. *Physical therapy*, 66(10), 1530-1539. <https://doi.org/10.1093/ptj/66.10.1530>
- Mahoney, FI. & Barthel, D. (1965). "Functional evaluation: the Barthel Index." *Maryland State Med Journal*, 14, 56-61. <https://www.kcl.ac.uk/nmpc/assets/rehab/tools-bi-functional-evaluation-the-barthel-index.pdf>
- Medical Research Council. (1976). Aids to the examination of the peripheral nervous system (War Memorandum No. 7). London: Her Majesty's Stationery Office. <https://www.ukri.org/wp-content/uploads/2021/12/MRC-011221-AidsToTheExaminationOfThePeripheralNervousSystem.pdf>
- Menoita, E.C., Sousa, L.M., Alvo, I.B.P., & Vieira, C.M. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos Para um Envelhecer Resiliente* (1ª ed.). Lusociência.
- Norma n.º 008/2019 de 9 de dezembro. Decreto Regulamentar nº 14/2012- n.º 2, artigo 2 (2012). Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Porto: Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Asembleia/PadraoDocumental_EER.pdf
- Orem, D.E. (2001). *Nursing: Concepts of practice*, 6th edition; St. Louis, MO: Mosby

Petronilho, F. & Machado, M. (2017). Teorias de Enfermagem e Autocuidado: Contributos para a Construção do Cuidado de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.) Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida. (1.^a ed., pp. 3-14). Lusodidática

Souza, A. B. S., & Ribeiro, D. S. (2022). ANÁLISE DE ESCALAS FUNCIONAIS PARA CLASSIFICAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS. *Revista Brasileira De Reabilitação E Atividade Física*, 1(1).
<https://estacio.periodicoscientificos.com.br/index.php/rbraf/article/view/829>

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

11. ANEXOS

ANEXO I - ESCALA DE DISPNEIA DE BORG MODIFICADA

Escala de Borg modificada	
0	Nenhuma
0,5	Muito, muito leve
1	Muito leve
2	Leve
3	Moderada
4	Pouco intensa
5	Intensa
6	
7	Muito intensa
8	
9	Muito, muito intensa
10	Máxima

ANEXO II - ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Variáveis		Score
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece a comandos	6
	Localiza a dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

ANEXO III - ESCALA DE FORÇA MUSCULAR (MRC-MEDICAL RESEARCH COUNCIL)

Escala de Força Muscular (MRC-Medical Research Council)	
0	Sem contração muscular palpável ou visível
1	Contração palpável ou visível, mas sem movimento do membro
2	Movimento sem vencer a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular
3	Movimento que vence a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular, mas não vence resistência
4	Movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade
5	Força normal



ANEXO IV - ESCALA MODIFICADA DE ASHWORTH

Escala Modificada de Ashworth	
0	Nenhum aumento do tônus muscular
1	Ligeiro aumento do tônus muscular, manifestado por uma tensão momentânea ou por resistência mínima, no final da amplitude de movimento articular quando a região é movida em flexão ou extensão.
1+	Ligeiro aumento do tônus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguida de resistência mínima em menos da metade da amplitude de movimento articular restante.
2	Aumento mais marcante do tônus muscular, durante a maior parte da amplitude de movimento articular, mas a região é movida facilmente.
3	Considerável aumento do tônus muscular, o movimento passivo é difícil.
4	Parte afetada rígida em flexão ou extensão.

ANEXO V - ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG

Escala de Equilíbrio de Berg		
Descrição dos itens	Pontuação (0-4)	
1) Posição sentada para posição em pé		
2) Permanecer em pé sem apoio		
3) Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho		
4) Posição em pé para posição sentada		
5) Transferências		
6) Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados		
7) Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos		
8) Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé.		
9) Apanhar um objeto do chão a partir da posição em pé.		
10) Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé.		
11) Girar 360 graus		
12) Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio		
13) Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente		
14) Permanecer em pé sobre uma perna		
TOTAL		
Legenda: 0 - incapaz de executar, 4 - capaz de executar de forma independente) obtendo um score total de 56 pontos.		
Legenda: 0 a 20: diminuição do equilíbrio/ elevado risco de queda; 21 a 40: equilíbrio aceitável/ médio risco de queda; 41 a 56: bom equilíbrio/ baixo risco de queda;		



ANEXO VI - CATEGORIAS FUNCIONAIS DE MARCHA

Functional Ambulation Classification	
Categoria	Definição
0	O indivíduo não pode andar ou requer suporte de duas ou mais pessoas
1	O indivíduo precisa de suporte contínuo de uma pessoa que ajude com seu peso e equilíbrio
2	O indivíduo é dependente com suportes contínuos ou intermitentes com uma pessoa auxiliando no equilíbrio ou coordenação
3	O indivíduo precisa de apenas supervisão verbal
4	O suporte é requerido para escadas e superfícies irregulares
5	O indivíduo pode andar independentemente em qualquer lugar

ANEXO VII - ESCALA DE QUEDAS DE MORSE

Escala de Quedas de Morse	
Item	Pontuação
1. História de Quedas, no internamento ou nos últimos 3 meses. Não Sim	0 25
2. Diagnósticos secundários Não Sim	0 15
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andarilho Apoia-se no mobiliário para andar	0 15 30
4. Terapia intravenosa Não Sim	0 20
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilitado Dependente de ajuda	0 10 20
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0 15
Legenda: Sem risco (0 e ≤ 24 pontos); Baixo risco (≥ 25 e ≤ 50 pontos); Alto risco (≥ 51 pontos).	



ANEXO VIII – ÍNDICE DE BARTHEL

Índice de Barthel	
1. Alimentação	0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc. 10 = Independente (a comida é providenciada)
2. Transferências	0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se 5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se 10 = Pequena ajuda (verbal ou física) 15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)
3. Higiene Pessoal	0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal 5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)
4. Utilização de Casa de banho	0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho 10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)
5. Tomar banho	0 = Dependente 5 = Independente (lava-se no chuveiro/ banho de imersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)
6. Mobilidade	0 = Imobilizado 5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc. 10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física) 15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)
7. Subir e descer escadas	0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão 10 = Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala)
8. Vestir	0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda 10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)
9. Controlo Intestinal	0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres) 5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana) 10 = Continente (não apresenta episódios de incontinência)
10. Controlo Vesical	0 = Incontinente ou algaliado 5 = Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas) 10 = Continente (por mais de 7 dias)
Interpretação do Resultado	100 pontos – totalmente dependente independente 99 a 76 pontos – dependência leve 75 a 51 pontos - dependência moderada 50 a 26 pontos – dependência severa 25 e menos pontos – dependência total



ANEXO IX - MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Escala de MIF		
Autocuidado		Data de avaliação
A - Alimentação		
B - Higiene pessoal		
C - Banho		
D - Vestir metade superior		
E - Vestir metade inferior		
F - Utilização da sanita		
Controlo de Esfíncteres		
G - Vesical		
H - Intestinal		
Transferência		
I - Cama, cadeira, cadeira de rodas		
J - Sanitário		
K - Banheira, duche		
Locomoção		
L - Marcha, cadeira de rodas		
M - Escadas		
Comunicação		
N - Compreensão		
O - Expressão		
Cognição Social		
P - Interação social		
Q - Resolução de problemas		
R - Memória		
TOTAL		
Legenda		
Nível	7 - Independência completa (segurança, em tempo normal). 6 - Independência modificada (utilização de produto de apoio)	Sem ajuda
	Dependência modifica (o indivíduo realiza pelo menos 50% do esforço) 5 - Supervisão 4 - Ajuda mínima (indivíduo $\geq 75\%$) 3 - Ajuda moderada (indivíduo $\geq 50\%$) Dependência completa (o indivíduo realiza menos de 50% do esforço) 2 - Ajuda máxima (indivíduo $\geq 25\%$) 1 - Ajuda total (indivíduo $< 25\%$)	Ajuda

APÊNDICE 9 – ESTUDO DE CASO: A PESSOA COM ALTERAÇÃO DO EQUILÍBRIO CORPORAL APÓS AVC



CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

ESTUDO DE CASO

A PESSOA COM ALTERAÇÃO DO EQUILÍBRIO CORPORAL
APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Júlia Taveira Saraiva

Almada

2023



MESTRADO EM ENFERMAGEM

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

ESTUDO DE CASO

A PESSOA COM ALTERAÇÃO DO EQUILÍBRIO CORPORAL
APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Júlia Taveira Saraiva

Docente Orientador: Professor Gonçalo Luís Coelho Rosa

Almada

2023

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral
AVD – Atividades de Vida Diária
Bpm- Batimentos por minuto
CE- Cuidados de Enfermagem
CIPE- Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem
Cpm- Ciclos por minuto
DVE - Derivação Ventricular Externa
EEB- Escala de equilíbrio de Berg
EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
EQM- Escala de Quedas de Morse
FAC -Functional Ambulation Categories
GCS – Escala de Coma de Glasgow
LATI-UCCI - Liga Dos Amigos Da Terceira Idade – Unidade de Cuidados Continuados Integrados
MIF – Medida de Independência Funcional
mmHg – Milímetros de mercúrio
MRC - Medical Research Council
SNG – Sonda Nasogástrica
TDAE- Teoria do Défice do Autocuidado de Enfermagem
UCC - Unidade de Cuidados a Comunidade
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos



ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	6
2. COLHEITA DE DADOS	7
3. EXAME FÍSICO E AVALIAÇÃO FUNCIONAL	10
3.1. EXAME FÍSICO SUMÁRIO	10
4. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA	11
4.1. ESTADO MENTAL	11
4.2. PARES CRANIANOS	13
5. AVALIAÇÃO DA MOTRICIDADE	16
5.1. FORÇA MUSCULAR	16
5.2. TÓNUS MUSCULAR	17
5.3. COORDENAÇÃO MOTORA	19
5.4. AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE	19
5.5. AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO CORPORAL	20
5.6. AVALIAÇÃO DA MARCHA	21
6. AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA	23
7. AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA E IMPACTO NO AUTOCUIDADO	24
8. PLANO DE CUIDADOS	27
9. CONCLUSÃO	49
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
11. ANEXOS	52
ANEXO I - ESCALA DE DISPNEIA DE BORG MODIFICADA	52
ANEXO II - ESCALA DE COMA DE GLASGOW	52
ANEXO III - MINIMENTAL STATE	52
ANEXO IV - ESCALA DE FORÇA MUSCULAR (MRC-MEDICAL RESEARCH COUNCIL)	54
ANEXO V - ESCALA MODIFICADA DE ASHWORTH	54

ANEXO VI - ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG	55
ANEXO VII - CATEGORIAS FUNCIONAIS DE MARCHA	55
ANEXO VIII - ESCALA DE QUEDAS DE MORSE	56
ANEXO IX - ÍNDICE DE BARTHEL	57
ANEXO X - MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL.....	58

1. INTRODUÇÃO

No âmbito do Ensino Clínico do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde Egas Moniz, foi proposta a elaboração de um estudo de caso que considerasse as competências exigidas e ambicionadas pelo estudante no âmbito da Enfermagem de Reabilitação, decorrentes da sua experiência e prática reflexiva dos Cuidados de Enfermagem (CE).

O presente estudo de caso tem como objetivo principal aprofundar os conhecimentos científicos, teórico e práticos, de forma a permitir a elaboração de um plano de cuidados individualizado, focando a importância do papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) perante a pessoa com necessidades de reabilitação. A elaboração dos diagnósticos de enfermagem têm por base a linguagem da Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE) e o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.

A implementação de um programa de enfermagem de reabilitação precoce apresenta diversas vantagens, incluindo a redução do tempo de internamento e aumento da autonomia da pessoa, minimizando o impacto de complicações e prevenindo futuras sequelas. Este estudo de caso assenta na intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa com alteração do equilíbrio após Acidente Vascular Cerebral (AVC), visando a promoção, manutenção e recuperação da sua funcionalidade.

Foram respeitados todos os aspetos éticos e legais no processo de colheita de informação, avaliação, planeamento de cuidados e intervenção. A elaboração deste trabalho baseou-se no acompanhamento da situação clínica, dos registos informáticos e processo clínico, levando a formulação de diagnósticos e intervenções de enfermagem, bem como a descrição do caso em questão tendo por base na Teoria do Défice do Autocuidado de Enfermagem (TDAE) de Dorothea Orem.



2. COLHEITA DE DADOS

DADOS PESSOAIS		
NOME: MR	DATA DE NASCIMENTO: 09/02/1952	IDADE: 71 Anos
GÉNERO: Feminino		RAÇA: Caucasiana
RESIDÊNCIA: Trafaria		NATURALIDADE: Portuguesa
HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL		
Recorreu ao Serviço de Urgência, do [REDACTED], no dia 23/03/2023 por quadro de cefaleia de início súbito, intensa, holocraniana com 12h de evolução e agravamento progressivo. Apresentava segundo a Escala de Coma de Glasgow (GCS) um score de 13-14; Avaliação neurológica: Pupilas isocóricas/isoreativas, com nistagmo horizontal que muda de direção com o olhar. Teste de Skew com aparente desalinhamento vertical do olhar. Sem alteração da motricidade facial. Força muscular mantida nos 4 membros. Prova dedo-nariz com dismetria bilateralmente. Realizou Tomografia Crânio Encefálica que revelou uma lesão hemorrágica cerebelosa profunda à direita, com cerca de 6 cm de maior diâmetro, rodeada por edema e início de hidrocefalia. Admitiu-se AVC hemorrágico de fossa posterior.		
DIAGNÓSTICO:		
AVC hemorrágico cerebeloso.		
RESUMO NAS NOTAS DE EVOLUÇÃO:		
Apresentou um agravamento clínico a 23/03/2023, com necessidade de intervenção cirúrgica para drenagem do hematoma através de craniotomia e colocação de Derivação Ventricular Externa (DVE) no ponto de Frazier direito. No pós-operatório foi transferida para Unidade de Cuidados intensivos (UCI) para continuação de cuidados, no qual permaneceu 28 dias e foi transferida para o serviço de Medicina Interna. Teve alta a 28/04, mantendo-se clinicamente com GCS 10, com abertura ocular espontânea, sem emissão de discurso, com localização a dor bilateralmente, com resposta em fuga e não cumpria ordens. Alimentação e hidratação exclusivas por Sonda Nasogástrica (SNG). Posteriormente foi internada no Lar [REDACTED] de 03/05/2023 a 27/06/2023, e foi admitida na [REDACTED] – Unidade de		



Cuidados Continuados Integrados [REDACTED] para programa de reabilitação a 27/06/2023 a 23/09/2023, tendo alta para domicílio com apoio do esposo e da Unidade de Cuidados a Comunidade (UCC), no qual foi admitida a 26/09/2023.

CIRURGIAS:

23/03 – Craniotomia para drenagem do hematoma e colocação de DVE no ponto de Frazier direito.

ANTECEDENTES DE SAÚDE

- Hipertensão Arterial;
- Pré-Diabetes Mellitus;
- Dislipidémia;
- Excesso de Peso;
- Síndrome Depressiva, com seguimento em consulta de Psiquiatria;
- Parkinson, com seguimento na consulta de Neurologia;
- Nódulo cerebral (aguarda Ressonância Magnética crânio - encefálica);
- Insuficiência Venosa Periférica;
- Cataratas;
- Rinite Alérgica;
- Osteoartrose;
- Patologia degenerativa da coluna vertebral;
- Obstipação.

TERAPÊUTICA HABITUAL:

- Amlodipina 5 mg (1 x dia);
- Atorvastatina 40 mg (1 x dia);
- Beta-histina 24 mg (2 x dia);
- Buspirona 10 mg (2 x dia);
- Calcifediol 0.266 mg (mensalmente);
- Carvedilol 6.25 mg (2 x dia);
- Lactulose 10g/15mL (1 colher de sopa 3 x dia);
- Levetiracetam 1000 mg (2 x dia);
- Levetiracetam 500 mg (1 x dia);
- Levodopa + Benserazida 200 mg + 50 mg (4 x dia);
- Mirtazapina 15 mg (1 x dia);
- Ácido fólico + Ferro 1 mg + 90 mg (1 x dia);
- Bisacodilo 5 mg (SOS);
- Diazepam 5 mg (SOS);

- Paracetamol 1000 mg (SOS).

HÁBITOS ADITIVOS: Nega hábitos aditivos
--

ALERGIAS: Nega alergias



3. EXAME FÍSICO E AVALIAÇÃO FUNCIONAL

3.1. EXAME FÍSICO SUMÁRIO

- Dados antropométricos:

Peso - 65 kg; Altura - 1,55 metros.

- Exame físico:

Eupneica em ar ambiente, com frequência respiratória de 20 Cpm e SpO₂ de 96%. Padrão respiratório misto, simétrico e regular com amplitude normal.

Tensão arterial: 135/81 mmHg e Frequência cardíaca: 77 Bpm, apirética com temperatura axilar de 36,0°C.

Apresenta pele e mucosas descoradas e ligeiramente desidratadas. Cabeça e pescoço sem alterações. Hemiparesia do hemicorpo esquerdo e do hemicorpo direito.

Sem lesões. Sem massas ou tumefações palpáveis. Sem feridas.

Urina e evacua na casa de banho.

- Avaliação Função Respiratória

Para avaliar a função respiratória da Sr^a MR, em todas as visitas foi aplicada a Escala de Borg modificada (Anexo I) que avalia a intensidade da sensação de dispneia (Borg, 1982).

INSPEÇÃO	Sem sinais de alterações da configuração normal do tórax. Respiração mista, simétrica de amplitude normal, ritmo regular, sem sinais de dificuldade respiratória, apenas ao esforço moderado a intenso. Sem cianose. Sem sinais de tiragem ou adejo nasal.
PALPAÇÃO	Traqueia simétrica. Expansibilidade e frémito toracovocal mantidos. Sem lesões cutâneas e tumefações. Sem pontos dolorosos. Sem crepitações
PERCURSSÃO	Apresenta som ressonante em todos os pontos percutidos do tórax. Não apresenta macicez ou hipersonâncias
AUSCULTAÇÃO	Apresenta murmúrio vesicular mantido em todos os quadrantes pulmonares, bilateralmente. Sem presença de ruídos adventícios
ESCALA DE DISPNEIA DE BORG MODIFICADA (Anexo I)	26/09/2023 – 3 (moderado); 06/10/2023 – 2 (muito leve); 10/10/2023 – 2 (muito leve); 12/10/2023 – 1 (leve);



4. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

4.1. ESTADO MENTAL

Avaliação realizada a 26/09/2023.

Estado de consciência: Vigil, score 15 na GCS (Teasdale & Jennett, 1974) uma vez que procede a abertura ocular espontânea, com orientação na resposta verbal, cumprindo ordens (Anexo II).

Orientação: Orientada auto e alo psiquicamente.

Atenção: Vígil e concentrada quando realiza tarefas.

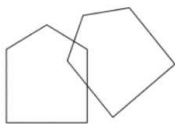
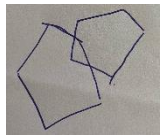
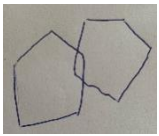
Memória: Apresenta memória sensorial, imediata e remota conservada. Com alterações na memória recente na admissão a 26/09/2023, que não se observava na última avaliação da utente a 12/10/2023.

Foi realizado MiniMental State ([Folstein et al., 1975]; [Anexo III]). Apresentou um score de 23 a 26/09/2023 e a 12/10/2023 apresentava um score de 26 que corresponde a 3-6 anos de literacia (Morgado et al., 2009).

MINI-MENTAL STATE (1 ponto por cada resposta correta)			
Pontuação máxima	Pontuação do utente		ORIENTAÇÃO
	26/09/2023	12/10/2023	
5	1	1	Em que ano estamos?
	1	1	Em que mês estamos?
	1	1	Em que dia do mês estamos?
	1	1	Em que dia da semana estamos?
	1	1	Em que estação do ano estamos?
5	1	1	Em que país estamos?
	1	1	Em que distrito vive?
	1	1	Em que terra vive?
	1	1	Em que casa estamos?
	1	1	Em que andar estamos?
			RETENÇÃO
3	3	3	Nomear 3 objetos e em seguida pedir ao utente que repita: Objeto 1: Lápis Objeto 2: Bola Objeto 3: Mola



			E seguida repita-as até que o utente as decore e registre o número de tentativas.
			ATENÇÃO E CÁLCULO
5	0	2	Pedir ao utente que realize a subtração de 100-7 e depois ao resultado volta a subtrair 7 e assim sucessivamente até 5 vezes (93; 86;79;72;65).
			EVOCAÇÃO
3	2	3	Pedir ao utente que repita os 3 objetos ditos anteriormente: Objeto 1: Lápis Objeto 2: Objeto 3: Mola
			LINGUAGEM
2	2	2	a) Mostrar ao utente 2 objetos (ex: lápis e um relógio) e pedir que os nomeie. Objeto 1: Objeto 2:
1	1	1	b) Pedir ao utente que repita uma frase (ex: "Nem aqui, nem ali, nem lá").
3	3	3	c) Pedir ao utente que cumpra uma ordem (ex: Pegue nesta folha de papel, dobre ao meio e coloque-a no chão). Pegar na folha: Dobrar a folha ao meio: Colocar a folha no chão:
1	1	1	Escrever um recado numa folha, pedir ao utente para ler e cumprir (ex: Feche os olhos)
1	0	0	Pedir ao utente que escreva uma frase (Deve conter sujeito, verbo e predicado, e os erros gramaticais não prejudicam a pontuação)

1	1	1	Pedir para desenhar numa folha de papel, dois pentágonos que se cruzam, e pedir que o copie exatamente como está na folha. Cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais interseccionados. Não se valoriza o tremor ou rotação.    26/09/2023 12/10/2023
TOTAL	23	26	

Linguagem: Discurso espontâneo apenas com alguma lentificação. Compreensão, nomeação, repetição, leitura, linguagem elaborada e escrita sem alterações (ajustado à idade da utente, com utilização de óculos graduados e presença de nistagmo horizontal).

Capacidades Práticas: Mantém capacidade de efetuar gestos simbólicos (ex: sinal da cruz), ou icónicos transitivos (ex: pentear-se) e icónicos intransitivos (ex: dizer adeus).

Negligência hemiespacial unilateral: Sem evidência de neglect.

4.2. PARES CRANIANOS

Avaliação realizada a 26/09/2023.

Nº	Nervo	Teste	Avaliação
I	Olfativo	Pessoa com os olhos fechados e posicionei um objeto com cheiro facilmente identificável abaixo da área nasal: café e óleo essencial de hortelã.	Detetei Hiposmia. A pessoa detetou um cheiro diferente, mas não conseguiu identificá-lo.
II	Ótico	Portadora de ortótese. Teste da acuidade visual: solicitei à pessoa para fechar um dos olhos e fazer a contagem dos dedos a várias distâncias. Teste do campo de visão:	Sem alteração.



		solicitei à pessoa para fechar um dos olhos e saber até que ângulo consegue observar o dedo. Testei a acuidade visual e o campo de visão bilateralmente.	
III IV VI	Óculomotor; Patético (troclear); Motor Ocular Externo (abducente)	Numa sala escura avaliei a resposta pupilar bilateralmente ao estímulo luminoso (luz do canto externo para o interno do olho). Avaliei a reação, tamanho e forma das pupilas. Avaliei os movimentos conjugados do globo ocular, desenhando um H no espaço e pedindo que seguisse o meu dedo. Realizei despiste de nistagmo ou ptose palpebral.	Pupilas redondas, mióticas (3 mm de diâmetro), isométricas e reativas. Movimentos oculares normais, simétricos e coordenados; Ausência de ptose palpebral. Presença de Nistagmo horizontal.
V	Trigêmeo	Avaliei bilateralmente a sensibilidade tátil, térmica e dolorosa nas três divisões do nervo craniano: divisão oftálmica, divisão maxilar e divisão mandibular. Avaliei a presença do reflexo córneo-palpebral e realizei o teste dos movimentos dos músculos mastigadores.	Sem alterações.
VII	Facial	Avaliei a simetria facial e apagamento sulco nasogeniano. Avaliei a dificuldade em manter saliva ou alimentos na cavidade oral. Avaliei a capacidade de reconhecer sabores como doce, salgado e amargo nos 2/3 anteriores da língua.	Sem alterações.
VIII	Auditivo/ Estato- acústico	Divisão coclear: Avaliei bilateralmente a capacidade de identificar o som de ponteiros de relógio. Divisão vestibular: Testei equilíbrio estático e dinâmico sentada e em posição ortostática.	Divisão coclear: Sem alterações Divisão vestibular: Apresenta equilíbrio estático e dinâmico sentada. Não apresenta equilíbrio estático e dinâmico na posição ortostática. Teste de Romberg positivo: Não consegue manter-se em equilíbrio com os olhos abertos e apresenta oscilações



			importantes ao fechar os olhos. Tende a desequilíbrio para o lado direito.
IX	Glossofaríngeo	Avaliei a capacidade de reconhecer os sabores doce, salgado e amargo no 1/3 posterior da língua.	Sem alterações.
X	Vago	Avaliei a presença de vômito tocando na porção posterior da língua. Avaliei alterações do tom de voz, fadiga vocal, tosse ineficaz ou dor local.	Sem alterações.
XI	Espinhal	Avaliei a capacidade de lateralizar a cabeça e elevar os ombros contra uma resistência.	Sem alterações.
XII	Grande Hipoglosso	Avaliei os diferentes movimentos, desvios e tremores da língua e da úvula.	Sem alterações.



5. AVALIAÇÃO DA MOTRICIDADE

5.1. FORÇA MUSCULAR

Para avaliação da força muscular utilizei a escala Medical Research Council ([MRC, 1976]; [Anexo IV]).

		AVALIAÇÃO							
SEGMENTOS	MOVIMENTOS	26/09/2023		06/10/2023		10/10/2023		12/10/2023	
Cabeça e pescoço	Flexão	5		5		5		5	
	Extensão	5		5		5		5	
	Flexão lateral esquerda	5		5		5		5	
	Flexão lateral direita	5		5		5		5	
	Rotação	5		5		5		5	
Membro superior	D-Direito/ E-Esquerdo	D	E	D	E	D	E	D	E
Escapulo-umeral	Flexão	4	5	4	4	4	5	4	5
	Extensão	4	5	4	4	4	5	4	5
	Adução	4	5	4	4	4	5	4	5
	Abdução	4	5	4	4	4	5	4	5
	Rotação interna	4	5	4	4	4	5	4	5
	Rotação externa	4	5	4	4	4	5	4	5
Cotovelo	Flexão	3	4	4	4	4	5	4	5
	Extensão	3	4	4	4	4	5	4	5
Antebraço	Pronação	3	4	4	4	4	5	4	5
	Supinação	3	4	4	4	4	5	4	5
Punho	Flexão Palmar	3	4	4	4	4	5	4	5
	Dorsi-flexão	3	4	4	4	4	5	4	5
	Desvio radial	3	4	4	4	4	5	4	5
	Desvio cubital	3	4	4	4	4	5	4	5
	Circundação	3	4	4	4	4	5	4	5
Dedos	Flexão	3	4	3	4	4	5	4	5
	Extensão	3	4	3	4	4	5	4	5



	Adução	3	4	3	4	4	5	4	5
	Abdução	3	4	3	4	4	5	4	5
	Circundação	3	4	3	4	4	5	4	5
	Oponência do polegar	3	4	3	4	4	5	4	5
Membro Inferior		D	E	D	E	D	E	D	E
Coxo femoral	Flexão	4	5	4	5	4	5	4	5
	Extensão	4	5	4	5	4	5	4	5
	Adução	4	5	4	5	4	5	4	5
	Abdução	4	5	4	5	4	5	4	5
	Rotação Interna	4	5	4	5	4	5	4	5
	Rotação Externa	4	5	4	5	4	5	4	5
Joelho	Flexão	4	5	4	5	4	5	4	5
	Extensão	4	5	4	5	4	5	4	5
Tibiotársica	Flexão plantar	3	4	4	5	4	5	4	5
	Flexão dorsal	3	4	4	5	4	5	4	5
	Inversão	3	4	4	5	4	5	4	5
	Eversão	3	4	4	5	4	5	4	5
Dedos	Flexão	3	4	4	5	4	5	4	5
	Extensão	3	4	4	5	4	5	4	5
	Adução	3	4	4	5	4	5	4	5
	Abdução	3	4	4	5	4	5	4	5

5.2. TÓNUS MUSCULAR

Para avaliação do tônus muscular utilizei a Escala Modificada de Ashworth ([Bohannon & Smith, 1987]; [Anexo V]).

		AVALIAÇÃO			
SEGMENTOS	MOVIMENTOS	26/09/2023	06/10/2023	10/10/2023	12/10/2023
Cabeça e pescoço	Flexão	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0
	Flexão lateral	0	0	0	0



	esquerda								
	Flexão lateral direita	0		0		0		0	
	Rotação	0		0		0		0	
Membro superior	D-Direito/ E- Esquerdo	D	E	D	E	D	E	D	E
Escapulo- umeral	Flexão	0	0	0	0	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0	0	0	0	0
	Adução	0	0	0	0	0	0	0	0
	Abdução	0	0	0	0	0	0	0	0
	Rotação interna	0	0	0	0	0	0	0	0
	Rotação externa	0	0	0	0	0	0	0	0
Cotovelo	Flexão	0	0	0	0	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0	0	0	0	0
Antebraço	Pronação	0	0	0	0	0	0	0	0
	Supinação	0	0	0	0	0	0	0	0
Punho	Flexão Palmar	0	0	0	0	0	0	0	0
	Dorsi-flexão	0	0	0	0	0	0	0	0
	Desvio radial	0	0	0	0	0	0	0	0
	Desvio cubital	0	0	0	0	0	0	0	0
	Circundação	0	0	0	0	0	0	0	0
Dedos	Flexão	0	0	0	0	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0	0	0	0	0
	Adução	0	0	0	0	0	0	0	0
	Abdução	0	0	0	0	0	0	0	0
	Circundação	0	0	0	0	0	0	0	0
	Oponência do polegar	0	0	0	0	0	0	0	0
Membro Inferior		D	E	D	E	D	E	D	E
Coxo femoral	Flexão	0	0	0	0	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0	0	0	0	0
	Adução	0	0	0	0	0	0	0	0
	Abdução	0	0	0	0	0	0	0	0



	Rotação Interna	0	0	0	0	0	0	0	0
	Rotação Externa	0	0	0	0	0	0	0	0
Joelho	Flexão	0	0	0	0	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0	0	0	0	0
Tibiotársica	Flexão plantar	0	0	0	0	0	0	0	0
	Flexão dorsal	0	0	0	0	0	0	0	0
	Inversão	0	0	0	0	0	0	0	0
	Eversão	0	0	0	0	0	0	0	0
Dedos	Flexão	0	0	0	0	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0	0	0	0	0
	Adução	0	0	0	0	0	0	0	0
	Abdução	0	0	0	0	0	0	0	0

5.3. COORDENAÇÃO MOTORA

Como forma de avaliar a coordenação motora da Sr^a MR, foi aplicada a prova Índex-nariz e prova Calcanhar-joelho (Menoita et al., 2012).

Ambas as provas foram realizadas de olhos abertos e olhos fechados e bilateralmente.

PROVA	26/09/2023	06/10/2023	10/10/2023	12/10/2023
Índex-nariz	Com dismetria	Com dismetria	Sem dismetria	Sem dismetria
Calcanhar- joelho	Com dismetria	Com dismetria	Com dismetria	Sem dismetria

5.4. AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE

Foi avaliada a sensibilidade corporal da Sr^a MR no dia 26/09/2023 (Menoita et al., 2012):

- Sem alteração da sensibilidade superficial, térmica e dolorosa.
- Sensibilidade profunda: Sem alterações. Barestesia, batiestesia e esteriognosia preservadas. Não foi avaliada a palestesia.



5.5. AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO CORPORAL

Alteração do equilíbrio ortostático estático e dinâmico.

Teste de Romberg positivo. No dia 26/09/2023 a utente não conseguiu manter-se em equilíbrio com os olhos abertos. Nas avaliações seguintes (06/10/2023; 10/10/2023; 12/10/2023) já conseguia manter o equilíbrio com os olhos abertos, mas apresentou perda de equilíbrio com os olhos fechados.

Na primeira avaliação apresentava equilíbrio sentado estático e dinâmico, mas não apresentava equilíbrio ortostático estático e dinâmico.

Para avaliar o equilíbrio foi utilizada a Escala de equilíbrio de Berg (EEB), que avalia o equilíbrio funcional através da execução de 14 tarefas de dificuldade variada ([Berg et al., 1992]; [Anexo VI]).

A utente no dia 26/09/2023 apresentava diminuição do equilíbrio e elevado risco de queda passando no dia 12/10/2023 para um equilíbrio corporal aceitável e um médio risco de queda (Blum & Komer - Bitensky, 2008; Souza e Ribeiro, 2012).

Descrição dos itens	Pontuação (0-4)			
	26/09/2023	06/10/2023	10/10/2023	12/10/2023
1) Posição sentada para posição em pé	2	2	3	3
2) Permanecer em pé sem apoio	1	2	2	3
3) Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho	2	2	3	4
4) Posição em pé para posição sentada	1	2	3	3
5) Transferências	1	2	3	3
6) Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados	1	2	2	3
7) Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos	1	2	3	4
8) Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé	1	1	2	2
9) Apanhar um objeto do chão a partir da posição em pé.	1	1	2	2
10) Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé	1	1	2	3
11) Girar 360 graus	1	1	1	2
12) Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio	1	1	1	2



13) Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente	1	1	2	3
14) Permanecer em pé sobre uma perna	1	1	2	2
TOTAL	16 Diminuição do equilíbrio/ elevado risco de queda	21 Equilíbrio aceitável/ médio risco de queda	31 Equilíbrio aceitável/ médio risco de queda	39 Equilíbrio aceitável/ médio risco de queda

5.6. AVALIAÇÃO DA MARCHA

Para a avaliação da marcha da Sr^a MR, utilizou-se como auxílio o método das Functional Ambulation Categories (FAC)/ Categorias Funcionais de Marcha (Holden et al., 1986) que permitem a categorização detalhada do suporte físico necessário às pessoas que executam a marcha (Anexo VII).

Definição	Categoria	26/09/2023	06/10/2023	10/10/2023	12/10/2023
O indivíduo não pode andar ou requer suporte de duas ou mais pessoas	0				
O indivíduo precisa de suporte contínuo de uma pessoa que ajude com o seu peso e equilíbrio	1				
O indivíduo é dependente com suportes contínuos ou intermitentes com uma pessoa auxiliando no equilíbrio ou coordenação	2	X	X		
O indivíduo precisa de apenas supervisão verbal	3			X	
O suporte é requerido para escadas e superfícies irregulares	4				X

O indivíduo pode andar independentement e em qualquer lugar	5				
---	---	--	--	--	--



6. AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA

Para avaliação do risco de queda foi utilizada a Escala de Quedas de Morse - EQM
([Norma n.º 008/2019, pp 1-17]; [Anexo VIII])

Escala de Quedas de Morse				
Item	26/09/ 2023	06/10/ 2023	10/10/ 2023	12/10/ 2023
1. História de Quedas, no internamento ou nos últimos 3 meses. -Não (0) -Sim (25)	0	0	0	0
2. Diagnósticos secundários -Não (0) -Sim (15)	15	15	15	15
3. Ajuda para caminhar -Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas (0) - Muletas/canadianas/bengala/andarilho (15) -Apoia-se no mobiliário para andar (30)	15	15	15	15
4. Terapia intravenosa -Não (0) -Sim (20)	0	0	0	0
5. Postura no andar e na transferência -Normal/acamado/imóvel (0) -Debilitado (10) -Dependente de ajuda (20)	20	20	10	10
6. Estado mental -Consciente das suas capacidades (0) -Esquece-se das suas limitações (15)	0	0	0	0
TOTAL	55	50	40	40
CONCLUSÃO	Alto risco de queda	Baixo risco de queda	Baixo risco de queda	Baixo risco de queda



7. AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA E IMPACTO NO AUTOCUIDADO

Para avaliar a independência da Sr^a MR foi utilizada o Índice de Barthel (Anexo IX), que avalia o nível de independência da pessoa para a realização de dez atividades básicas de vida (Mahoney, 1965) e de Medida de Independência Funcional ([MIF];[Anexo X]) que avalia o grau de capacidade/incapacidade funcional da pessoa avaliando o seu desempenho e a necessidade de cuidados exigida para a realização de determinadas tarefas de vida diária (Granger, 1986).

Índice de Barthel		26/09/2023	06/10/2023	10/10/2023	12/10/2023
1Alimentação	0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc. 10 = Independente (a comida é providenciada)	5	10	10	10
2. Transferências	0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se 5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se 10 = Pequena ajuda (verbal ou física) 15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)	5	5	10	10
3. Higiene Pessoal	0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal 5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)	5	5	5	5
4. Utilização de Casa de banho	0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho 10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)	5	5	5	10
5. Tomar banho	0 = Dependente 5= Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)	0	0	5	5
6. Mobilidade	0 = Imobilizado 5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc. 10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física) 15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)	10	10	10	15
7. Subir e descer escadas	0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão 10 = Independente (subir	0	5	5	10



	/ descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala				
8. Vestir	0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda 10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)	5	5	10	10
9. Controlo Intestinal	0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres) 5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana) 10 = Contínente (não apresenta episódios de incontinência)	5	10	10	10
10. Controlo Vesical	0 = Incontinente ou algaliado 5 = Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas) 10 = Contínente (por mais de 7 dias)	5	10	10	10
Interpretação do Resultado	100 pontos – totalmente dependente independente 99 a 76 pontos – dependência leve 75 a 51 pontos – dependência moderada 50 a 26 pontos – dependência severa 25 e menos pontos – dependência total	45	65	80	95

MIF-Medida de Independência Funcional				
	26/09/2023	06/10/2023	10/10/2023	12/10/2023
AUTOCUIDADO				
A – Alimentação	4	5	5	6
B – Higiene pessoal	3	3	4	5
C – Banho	3	3	4	5
D - Vestir metade superior	3	4	5	7
E - Vestir metade inferior	3	4	5	7
F – Utilização da sanita	3	4	5	5
CONTROLO DE ESFÍNCTERES				
G – Vesical	5	5	6	7
H – Intestinal	5	5	6	7
TRANSFERÊNCIA				



I - Cama, cadeira, cadeira de rodas	3	3	4	4
J - Sanitário	3	3	4	4
K - Banheira, duche	3	3	4	4
LOCOMOÇÃO				
L - Marcha, cadeira de rodas	3	3	5	6
M - Escadas	2	3	4	6
COMUNICAÇÃO				
N - Compreensão	6	6	6	7
O - Expressão	5	6	6	6
COGNIÇÃO SOCIAL				
P - Interação social	4	4	4	4
Q - Resolução de problemas	2	2	2	3
R - Memória	3	4	5	6
TOTAL	63	69	84	99

8. PLANO DE CUIDADOS

Análise de acordo com a Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Orem

A prestação de cuidados de Enfermagem nos diferentes contextos de cuidados, deve ser sustentada num modelo teórico. O modelo do autocuidado, revela-se “estruturante e de excelência para a otimização da qualidade do exercício profissional” (OE, 2015), pelo qual escolhi TDAE, desenvolvida por Dorothea Orem, para sustentar o meu trabalho.

Segundo Orem (2001), o autocuidado refere-se às ações realizadas para garantir, manter e promover o bem-estar pessoal. É praticado quando a pessoa aprende, se adapta e desenvolve estratégias para cuidar de si mesma. Nesse contexto, a pessoa é considerada como agente de autocuidado. Por outro lado, quando a pessoa não tem capacidade para realizar o autocuidado e depende de outras pessoas com responsabilidades sociais, são chamadas de agentes dependentes de cuidados. Quando os cuidados são prestados pelos enfermeiros como parte de sua prática profissional, são chamados de agentes terapêuticos de autocuidado (Orem, 2001).

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem sugere que a enfermagem é uma ação humana, pois estes são sistemas de ação concebidos e produzidos por enfermeiros através do exercício da sua prática com pessoas que apresentam limitações de autocuidado. A relação entre ação da pessoa e do enfermeiro pode ser classificada em sistemas básicos de enfermagem: o sistema totalmente compensatório; o sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio-educação (Orem, 2001). O sistema totalmente compensatório é quando o enfermeiro substitui a pessoa no autocuidado, compensa a sua incapacidade, o apoia e protege. No sistema parcialmente compensatório o enfermeiro só executa algumas ações de autocuidado da pessoa, compensa as suas limitações e auxilia quando necessário e este aceita o seu cuidado e a sua assistência. Por fim no Sistema de apoio-educação a pessoa é capaz de realizar o autocuidado, embora necessite dos enfermeiros para o ensinar e supervisionar na realização das ações do autocuidado (Orem, 2001).

Todas pessoas têm potencial para se autocuidar, uma vez que detêm aptidões, conhecimentos e experiências adquiridas ao longo da vida. Quando as exigências de uma determinada atividade superam a capacidade de a realizar, existe a necessidade de suporte, quer de indivíduos ligadas à pessoa (família/ amigos/ cuidador) quer dos profissionais de saúde (Petronilho & Machado, 2017).

Desta forma, a TDAE é essencial para a prática, pois o seu conceito fundamental é estabelecer uma relação de ajuda entre a pessoa que necessita de cuidados e o prestador de cuidados, o enfermeiro de reabilitação. Este avalia os défices, adequa a sua intervenção, de forma eficiente e eficaz, e os métodos de auxílio, compreendendo e respeitando o papel da pessoa no desempenho do autocuidado.

Após uma avaliação completa e abrangente da Sr^a MR foram identificados e estabelecidos objetivos para serem alcançados no plano de cuidados de reabilitação:

- Desenvolver um plano de cuidados de reabilitação personalizado, adaptado às necessidades específicas e as capacidades da Sr^a MR;
- Promover a estimulação neuro-sensorial e cognitiva durante cada sessão diária de reabilitação, visando potenciar o seu desenvolvimento global;
- Implementar práticas de reeducação funcional respiratória e motora, de acordo com as necessidades individuais da Sr^a MR;
- Aumentar a força muscular no hemicorpo direito e otimizar a força no hemicorpo esquerdo, por meio de exercícios ativos assistidos, ativos e ativos resistidos;
- Promover mecanismos de reflexo postural e equilíbrio estático e dinâmico, tanto em posição sentada quanto ortostática, visando alcançar uma maior estabilidade física;
- Melhorar a coordenação motora ao longo de cada sessão de reabilitação, visando uma progressiva melhoria nas habilidades motoras;
- Ensinar, instruir e treinar a Sr^a MR na prática da marcha em ambientes rurais, encorajando a participação diária compartilhada com o esposo, com o objetivo de melhorar a interação social e fortalecer relações interpessoais e intrapessoais;
- Promover o ganho de independência nas atividades de autocuidado, visando a promoção da autonomia;
- Minimizar o risco de quedas existente por meio de estratégias de intervenção específicas e práticas preventivas durante o processo de reabilitação;
- Realizar ensinamentos detalhados à Sra. MR e ao seu esposo sobre todas as técnicas realizadas, visando capacitar ambos a executarem as práticas com segurança e autonomia.



DIAGNÓSTICO	OBJETIVOS	INTERVENÇÕES DO EEER	AVALIAÇÃO
- EQUILÍBRIO CORPORAL COMPROMETIDO: - Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal; - Potencial para melhorar a capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal; - Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de equilíbrio corporal; <i>Sistema</i>	- Melhorar o equilíbrio corporal, conhecimentos e técnicas para o mesmo; - Capacitar o prestador de cuidados para apoiar a pessoa de forma eficaz e em segurança.	- Avaliar o equilíbrio corporal (se apresenta posições viciosas, deformidades da coluna, dismetria dedo/nariz, dismetria calcanhar/joelho); - Avaliar equilíbrio corporal através da EEB; - Ensinar/ instruir/ treinar a técnica de treino de equilíbrio corporal no leito, sentado e em posição ortostática à Srª MR e ao esposo; - Executar exercícios no leito (exercícios isotônicos; anteroversão-retroversão da bacia; elevação pélvica; elevação pélvica com bola suíça; rolamentos; oscilação pélvica); - Executar exercícios na posição de sentado (carga no cotovelo; facilitação cruzada; alcançar um objeto a frente e de lado com o braço estendido; transferência de peso lateral; extensão dos joelhos; desenhar círculos com a bola nos pés para estimular a propriocepção); - Executar exercícios na posição ortostática (levantar-sentar; alternância de carga nos membros inferiores e superiores; flexão/extensão do joelho e coxofemoral; abdução/adução da coxofemoral; flexão e dorsiflexão da tibiotársica; agachamento com bola suíça, contorno de obstáculos);	26/09/2023 - Srª MR apresentou equilíbrio sentado estático e dinâmico. Não apresentou posições viciosas, mas apresenta dismetria dedo/nariz e calcanhar/joelho bilateralmente; - Apresentou diminuição do equilíbrio e elevado risco de queda através da EEB (Score 16); - Iniciou programa com exercícios no leito sem aplicação de resistências, com exercícios isométricos (contração dos quadricíptes, glúteos e abdominais); realizou 2 séries de 5 repetições de anteroversão-retroversão da bacia; elevação pélvica e oscilação pélvica. Apresentou dificuldade na realização da elevação pélvica na bola suíça pela diminuição da força à direita, equilíbrio e coordenação motora; - Na posição de sentada no leito, realizou 2 séries de 5 repetições de carga no cotovelo, e sentada na cadeira realizou facilitação cruzada, alcançou a sua garrafa de água à frente e de lado com o braço estendido, transferência de peso lateral e extensão dos joelhos. Precisou sempre da minha presença à direita por apresentar desequilíbrio e não apresentar mecanismos de compensação com correção da postura; - Realizou exercícios de sensibilidade proprioceptiva com a bola nos pés, com o objetivo de fazer círculos, tendo conseguido fazer 5 círculos para dentro e para fora com o pé esquerdo, e com o direito realizou apenas 2 círculos para dentro e para fora com necessidade de apoio da minha mão a acompanhar o movimento; - Realizou correção postural em frente ao espelho na posição de sentada com melhoria da postura; - Apresentou descoordenação motora na realização dos exercícios, conseguiu realizar a bicicleta imaginária, mas com dificuldade; - Com uma bola na mão conseguiu atirá-la na minha direção, mas não foi capaz de a receber; - Demonstrou alguns conhecimentos sobre técnicas de equilíbrio corporal e necessidade de calçado antiderrapante e roupa adequada para a

<u>parcialmente compensatório</u>	- Orientar na técnica de treino de equilíbrio; - Ensinar/ instruir/ treinar correção postural em frente ao espelho; - Realizar exercícios de coordenação motora e reflexo postural (sequência de exercícios com os pés; movimentos de bicicleta imaginária; lançar e receber a bola); - Ensinar/ instruir sobre a utilização de calçado adequado, fechado, com sola antiderrapante, roupa adequada para permitir a realização do programa de reabilitação em segurança; - Avaliar conhecimento sobre técnicas de equilíbrio corporal; - Avaliar conhecimentos do prestador de cuidados sobre técnica de equilíbrio corporal; - Avaliar capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal; - Ensinar/ instruir/ treinar técnicas de equilíbrio podendo recorrer a produtos de apoio; - Incentivar a treinar o equilíbrio corporal; - Incentivar a participação nas atividades;	- realização de um programa de reabilitação seguro; - Mostrou-se recetiva aos ensinamentos e muito motivada; - Consciente das suas limitações; - O esposo demonstrou alguns conhecimentos sobre a técnica de equilíbrio corporal e foram realizados ensinamentos a ambos, visando capacitá-los a executarem as práticas com segurança e autonomia; - Demonstrou capacidade de executar técnica de equilíbrio corporal embora com necessidade de apoio e de ensinamentos; - Selecionados alguns exercícios do programa de reabilitação para realizarem entre as sessões de enfermagem de reabilitação, todos os dias, 1 a 2 vezes dia. 06/10/2023 - Sr^a MR apresentou equilíbrio sentado estático e dinâmico. Apresenta dismetria dedo/nariz e calcanhar/joelho bilateralmente; - Score 21 (equilíbrio aceitável/ médio risco de queda) na EEB; - Realizou os exercícios da sessão anterior no leito e na posição sentada, com aplicação de bandas elásticas e resistência manual aplicada por mim (realizou 2 séries de 5 repetições cada exercício) e já foi capaz de realizar a elevação pélvica na bola suíça com apoio bilateral (fez 2 séries de 3 repetições); - Apresentou maior estabilidade e requer mínimo apoio no hemitórax à direita quando sentada na cadeira. Tentámos sentá-la na bola suíça para aumentar o grau de dificuldade ao realizar os exercícios, porém apresentou dificuldade no controlo do tronco e desequilíbrio evidente à direita, demonstrando insegurança e medo de cair. Optámos só que ficasse sentada para se ambientar à oscilação da bola, a focar um ponto e a tentar manter o equilíbrio. Necessitou de apoio à direita; - Para treinar a sensibilidade proprioceptiva, com a bola nos pés conseguiu fazer 8 círculos para dentro e para fora com o pé esquerdo e com o direito realizou 5 círculos para dentro e para fora com necessidade de apoio quando a bola saía da posição correta; tentei que ficasse em pé com um
--	--	--

		- Ensinar sobre a condição do utente; - Incentivar repetição dos exercícios entre as sessões de reabilitação.	pé levantado ligeiramente para tentar manter o equilíbrio, mas quando deixava de dar apoio, a Sr^a MR apresentava desequilíbrio; - Melhorar no reflexo postural, conseguiu receber a bola algumas vezes; - Conseguiu realizar parte dos exercícios de coordenação motora sentado em cadeira (sequência de exercícios com os pés e movimentos de bicicleta imaginária); - Levamos a Sr^a MR para o seu pátio, e iniciámos alguns exercícios na posição ortostática com apoio de um muro, como o sentar-levantar, alternância de carga dos membros inferiores e superiores e correção postural em frente ao espelho; - Utilizou roupa e calçado adequado; - Reforçados ensinamos a Sr^a MR e ao esposo sobre os exercícios e a necessidade de os praticar entre as sessões de reabilitação e alertados para risco de queda; - Encorajada a permanecer sentada na bola suíça em determinados momentos do dia, como nos períodos em que vê televisão, contando sempre com o apoio do esposo. 10/10/2023 - Sr^a MR apresentou equilíbrio sentado estático e dinâmico e ortostático estático. Não apresenta dismetria dedo/nariz, mantém dismetria calcanhar/joelho bilateralmente; - Score 31 (equilíbrio aceitável/ médio risco de queda) na EEB; - Realizou os exercícios programados na posição sentada, com aplicação de bandas elásticas e resistência manual aplicada por mim. Realizou 3 séries de 8 repetições cada exercício; - Nesta sessão notou-se grande melhoria sentada na bola suíça, consegui realizar os exercícios com maior controlo do tronco, mas ainda ligeiro desequilíbrio à direita. Consegue afastar os membros superiores e realizar pequenas oscilações para ambos os lados. Apresentou mecanismos de compensação com ajustes posturais; - Melhorar do reflexo postural, conseguiu lançar e receber a bola sentada
--	--	--	--



			na bola suíça e quando se desequilibrava, conseguia contornar essas situações com controlo postural; - Realizou pedaleira com resistência sentada na bola suíça, 2 minuto para a frente 2 minuto para trás nos membros superiores. Nos membros inferiores teve de se sentar na cadeira e realizou 2 minutos para frente e 2 minutos para trás, onde apresentou maior dificuldade; - Na posição ortostática com as mãos apoiadas no muro realizou 2 séries de 10 repetições dos exercícios: levantar-sentar; alternância de carga nos membros inferiores; flexão/extensão do joelho e coxofemoral; abdução/adução da coxofemoral; flexão e dorsiflexão da tibiotársica; agachamento com pequena amplitude; - Melhoria na sensibilidade propriocetiva, conseguiu ficar em pé com um pé ligeiramente elevado por alguns segundos, mas quando pedi para fechar os olhos apresentou desequilíbrio de imediato; - Melhoria na execução dos exercícios de coordenação do hemicorpo direito, conseguindo seguir as sequências e os exercícios propostos; - Melhoria significativa do reflexo postural, sendo capaz de se autoajustar com sucesso em situações de desequilíbrio. 12/12/2023 - Sr^a MR apresentou equilíbrio sentado estático e dinâmico e ortostático estático. Não apresenta dismetria dedo/nariz nem dismetria calcanhar/joelho; - Score 39 (equilíbrio aceitável/ médio risco de queda) na EEB; - Autónoma no levantar e sentar com apoio das próprias mãos, mas sempre com o andarilho a sua frente; - Realizou os exercícios na posição de sentada na bola suíça. Conseguiu fazer cerca de 2 minutos de pedaleira com resistência para a frente e para trás com os membros superiores; - Na posição ortostática durante a estimulação do reflexo postural, a Sr^a MR conseguiu lançar a bola mas não foi capaz de a receber (ausência de equilíbrio ortostático dinâmico);
--	--	--	---



			- Na posição ortostática, foi aumentada a resistência com bandas elásticas nos exercícios (realizou 2 séries de 10 repetições), foi iniciado contorno de obstáculos com as mãos apoiadas no muro e ainda realizou 5 agachamento com maior amplitude; - Sensibilidade proprioceptiva sobreponível a anterior; - Observou-se um aprimoramento notável da Srª MR e do esposo no conhecimento e na capacidade de usar a técnica de equilíbrio corporal com segurança.
- MOVIMENTO MUSCULAR DIMINUÍDO (ACENTUADO NO HEMICORPO DIREITO) - Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular; - Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular; - Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre	- Melhorar o movimento muscular e articular; - Conhecimento sobre técnicas de exercício musculares articular, demonstrado; - Capacidade de executar técnicas de exercício muscular e articular, melhorado; - Capacitar o esposo para fornecer um apoio eficaz e em segurança.	- Avaliar a força muscular através da escala da força muscular MRC; - Avaliar o tônus muscular, através da Escala Modificada de Ashworth; - Executar técnica de exercício muscular ativo e ativo resistido no hemicorpo direito e resistido no hemicorpo esquerdo (flexão/ extensão, adução /abdução e openência dos dedos; flexão/extensão do punho; flexão/extensão do cotovelo e do ombro; adução/abdução do ombro; adução/abdução horizontal do ombro; exercícios de motricidade fina; flexão/extensão do joelho e da coxofemoral; adução/abdução da coxofemoral; flexão plantar e dorsiflexão da tibiotársica; flexão/ extensão dos dedos; alongamentos); - Aumentar progressivamente resistência nos exercícios à medida que a pessoa ganha força e se sente confortável com os exercícios; - Ensinar/instruir/ treinar sobre técnicas de aquecimento/ alongamento e de exercício muscular e articular; - Ensinar/ instruir sobre a utilização de calçado	26/09/2023 - No membro superior direito apresentou força grau 3 no cotovelo, antebraço, punho, dedos da mão, tibiotársica e dedos do pé e grau 4 na escapulo-umeral, coxofemoral e joelho. No hemicorpo esquerdo apresentou força grau 4 no cotovelo, antebraço, punho, dedos da mão, tibiotársica e dedos do pé e grau 5 na escapulo-umeral, coxofemoral e joelho. Força normal nos segmentos da cabeça e do pescoço; - Não apresentou alteração do tônus muscular; - Explicado que antes da prática de exercício físico é importante realizar um pequeno treino de aquecimento de articulações do corpo, promovendo a mobilização das articulações para evitar lesões musculares; - Realizou contrações isométricas dos quadrícipites, abdominal, glúteos, bíceps, tríceps; - Sentada numa cadeira realizou exercícios musculares ativo no hemicorpo direito: flexão/ extensão, adução /abdução e openência dos dedos; flexão/extensão do punho; flexão/extensão do cotovelo e do ombro; adução/abdução do ombro; adução/abdução horizontal do ombro; extensão do joelho; flexão plantar e dorsiflexão da tibiotársica; flexão/ extensão dos dedos; (realizou 2 séries de 5 repetições); - Realizou extensão/ flexão do ombro com um guarda-chuva e simultaneamente dissociação dos tempos respiratórios (tolerou 1 série de 10 repetições); - Realizou os mesmos exercícios musculares no hemicorpo esquerdo, mas com aplicação de bandas elásticas, garrafa de 1l com água e uma mola de treino para mãos na resistência mínima (realizou 2 séries de 5 repetições). - Realizou treino de motricidade fina nos dedos das mãos com recurso a

técnicas de exercício muscular e articular; <u>Sistema parcialmente compensatório</u>		adequado, fechado, com sola antiderrapante, roupa adequada para permitir a realização do programa de reabilitação em segurança; - Ensinar/instruir/ treinar técnica respiratória com respiração abdómen-diafragmática e utilizando a dissociação dos tempos respiratórios; - Incentivar repetição dos exercícios entre as sessões de reabilitação; - Avaliar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular; - Avaliar conhecimentos sobre o prestador de cuidados sobre técnicas de exercício muscular e articular; - Avaliar capacidade de executar técnicas de exercício muscular e articular; - Planear e reajustar exercícios musculares e articulares a realizar autonomamente fora do contexto das sessões de enfermagem de reabilitação.	molas da roupa com o objetivo de colocar as molas em volta de uma folha A4 e com feijões passando-os da mesa para um copo um a um (realizou 2 séries de 5 repetições); - Alongou no final dos exercícios; - Mostrou-se recetiva aos ensinamentos e muito motivada; - Demonstrou alguns conhecimentos sobre técnicas de exercício muscular e articular e da necessidade de calçado antiderrapante e roupa adequada para a realização de um programa de reabilitação seguro; - Apresentou capacidade para executar os exercícios; - O esposo demonstrou alguns conhecimentos sobre a técnica de exercício muscular e articular e foram realizados ensinamentos a ambos, visando capacitá-los a executarem as práticas com segurança e autonomia; - Selecionados alguns exercícios do programa de reabilitação para realizarem entre as sessões de enfermagem de reabilitação, todos os dias, 1 a 2 vezes dia; 06/09/2023 - Melhorou na força no hemicorpo direito apresentando força grau 4 em todos os segmentos, exceto nos dedos da mão, mantendo força grau 3. No membro superior esquerdo apresentou força de grau 4 e no membro inferior esquerdo força grau 5; - Realizou treino de aquecimento com mobilização das articulações; - Realizou extensão/ flexão do ombro com um guarda-chuva e simultaneamente dissociação dos tempos respiratórios (tolerou 2 séries de 10 repetições); - Aumentadas resistências nos exercícios no hemicorpo esquerdo e direito com utilização de bandas elásticas, garrafa de 1l de água e resistência manual aplicada por mim (2 séries de 5 repetições); - Na posição ortostática com apoio do muro do quintal iniciou o sentar-levantar, alternância de carga nos membros inferiores (2 séries de 5 repetições); - Alongou no final dos exercícios; - Melhorou no treino de motricidade fina dos dedos das mãos, consegue realizar 2 séries de 10 repetições dos exercícios da sessão anterior e foi acrescentado o exercício de recorte de papel; - Manteve-se muito recetiva aos ensinamentos e muito motivada;
---	--	---	---



			- Utilizou roupa e calçado adequado; - Reforçados ensinios sobre os exercícios e a necessidade de os praticar entre as sessões de reabilitação e alertados para risco de queda. 10/10/2023 - Força no hemicorpo direito de grau 4 em todos os segmentos, e força no hemicorpo esquerdo de grau 5; - Realizou treino de aquecimento com mobilização das articulações; - Aumentadas resistências nos exercícios no hemicorpo esquerdo e direito com utilização de bandas elásticas, garrafa de 1l de água e resistência manual aplicada por mim (3 séries de 8 repetições) com maior dificuldade à direita; - Na posição ortostática com apoio do muro e da minha presença no lado direito, conseguiu realizar flexão/extensão do joelho e da coxofemoral; adução/abdução da coxofemoral e agachamento de pequena amplitude (2 séries de 10 repetições); - Iniciou treino com pedaleira sentada em cadeira, com 2 minutos para a frente e 2 minutos para trás, nos membros superiores e inferiores, com aplicação de alguma resistência. Apresentou maior dificuldade no movimento para trás; - Ainda realizou marcha com flexão da coxofemoral e joelhos (90º) cerca de 5 metros com apoio no muro e a minha presença a acompanhar o movimento; - Alongou no final dos exercícios; - Realizou extensão/ flexão do ombro com um guarda-chuva e simultaneamente dissociação dos tempos respiratórios (tolerou 2 séries de 15 repetições); - Manteve-se muito recetiva aos ensinios e muito motivada; - Utilizou roupa e calçado adequado; - Reforçados ensinios sobre os exercícios e a necessidade de os praticar entre as sessões de reabilitação e alertados para risco de queda; - No final da sessão, a utente ficou sentada a realizar os exercícios de motricidade fina dos dedos das mãos; 12/10/2023 - Manteve força grau 4 no hemicorpo direito, e força grau 5 no hemicorpo
--	--	--	---

			esquerdo; - Realizou treino de aquecimento com mobilização das articulações; - Aumentadas resistências nos exercícios no hemicorpo esquerdo e direito com utilização de bandas elásticas, garrafa de 1l de água e resistência manual aplicada por mim (2 séries de 10 repetições) com maior dificuldade à direita; - Na posição ortostática com apoio do muro e da minha supervisão verbal, conseguiu realizar flexão/extensão do joelho e da coxofemoral; adução/abdução da coxofemoral com banda elástica e agachamento de maior amplitude (2 séries de 10 repetições); - Sentada sem cadeira realizou pedaleira 3 minutos para a frente e 2 minutos para trás, nos membros superiores e inferiores, com aplicação de maior resistência que a sessão anterior. Apresentou maior dificuldade no movimento para trás; - Realizou extensão/ flexão do ombro com um guarda-chuva e simultaneamente dissociação dos tempos respiratórios (tolerou 2 séries de 15 repetições); - Realizou contorno de obstáculos e treino de marcha no quintal, cerca de 20 metros com as mãos apoiadas no muro; - Alongou no final dos exercícios; - Manteve-se muito recetiva aos ensinios e muito motivada; - Utilizou roupa e calçado adequado; - Reforçados ensinios sobre os exercícios e a necessidade de os praticar entre as sessões de reabilitação e alertados para risco de queda; - No final da sessão, a utente ficou sentada a realizar os exercícios de motricidade fina dos dedos das mãos;
- ANDAR COM AUXILIAR DE MARCHA COMPROMETIDO: - Potencial para melhorar a capacidade de andar com auxiliar de marcha;	- Promover andar com auxiliar de marcha de forma eficaz e segura; - Promover a capacidade para andar	- Avaliar o tónus muscular, através da Escala Modificada de Ashworth; - Avaliar a força muscular recorrendo à Escala de Força Muscular MRC; - Avaliar a capacidade de andar através da escala Functional Ambulation Classification; - Avaliar o equilíbrio corporal através da Escala	26/09/2023 - Apresentou no membro superior direito força grau 3 no cotovelo, antebraço, punho, dedos da mão, tibiotársica e dedos do pé e grau 4 na escapulo-umeral, coxofemural e joelho. No hemicorpo esquerdo apresentou grau 4 no cotovelo, antebraço, punho, dedos da mão, tibiotársica e dedos do pé e grau 5 na escapulo-umeral, coxofemural e joelho. Força normal nos segmentos da cabeça e do pescoço; - Não apresentou alteração do tónus muscular; - Utente com desequilíbrio marcado, ainda sem equilíbrio ortostático. Foi realizado treino de marcha com andarilho com a minha presença do lado



- Potencial para melhorar o conhecimento sobre o andar com auxiliar de marcha; - Potencial para melhorar o conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha; - Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha; - Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre assistir no andar com auxiliar de marcha; <u>Sistema</u>	com auxiliar de marcha, conhecimento e técnicas para o mesmo; -Capacitar o prestador de cuidados para dar um apoio eficaz e em segurança.	de Berg; - Avaliar capacidade para andar com auxiliar de marcha; - Avaliar conhecimento para andar com auxiliar de marcha; - Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha; - Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha; - Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre assistir no andar com auxiliar de marcha; - Ensinar/ instruir/ treinar a técnica de marcha com auxiliar de marcha; - Instruir sobre técnicas de posicionamento (correção postural); - Incentivar a andar com auxiliar de marcha; - Assistir no andar com auxiliar de marcha; - Ensinar/ instruir/ treinar técnica respiratória com respiração abdómen-diafragmática e utilizando a dissociação dos tempos respiratórios; - Ensinar/ instruir sobre a utilização de calçado adequado, fechado, com sola antiderrapante,	direito numa distância de 10 metros (categoria 2 de acordo com a FAC). Treino realizado no quintal; - Demonstrou alguns conhecimentos e capacidade para andar com auxiliar de marcha, com necessidade de correções durante o processo (ajustes na postura, coordenação, alinhamento para otimizar a eficiência e a segurança durante a locomoção); - Durante a transição da sala para a cozinha, a Srª MR costumava erguer o andarilho, para facilitar sua passagem. No entanto, não identificou a presença de uma barreira arquitetónica que necessitava de alterações para prevenir possíveis quedas assim como o esposo; - Realizados ensinios à Srª MR e ao esposo sobre as diversas barreiras arquitetónicas, incluindo a importância de remover tapetes escorregadios, a necessidade de melhorar a iluminação interna, a reposição adequada de móveis e a atenção ao espaço limitado dentro de casa; - Ao longo da sessão, incentivou-se ativamente a participação do esposo, visando capacitá-lo no acompanhamento e apoio à marcha da Srª MR. Durante esse processo, ele demonstrou adquirir alguns conhecimentos pertinentes; - Demonstrou-se motivada e interessada; - Demonstrou capacidade para realizar treino de marcha embora apresente desequilíbrio quando troca de direção; - Necessita de acompanhamento e de correção da postura corporal frequentemente: não apresenta alinhamento corporal não mantendo a posição vertical, cabeça erguida, ombros relaxados e alinhados com a articulação coxofemoral; inclina-se para frente e para trás enquanto caminha com o andarilho; passos largos e pouco controlados com movimentos bruscos; - Dificuldade no controlo da respiração durante o treino de marcha. Foi realizado técnica respiratória com respiração abdómen-diafragmática e utilizando a dissociação dos tempos respiratórios; - Demonstrou conhecimentos sobre a necessidade de calçado antiderrapante e roupa adequada para a realização de um programa de reabilitação seguro; - Foram realizados ensinios sobre a marcha com andarilho a Srª MR e ao esposo e a importância do andarilho estar ajustado a altura da pessoa, visando capacitar ambos a executarem as práticas com segurança e
---	---	---	--



<u>parcialmente compensatório</u>		roupa adequada para permitir a realização do programa de reabilitação em segurança.	autonomia entre as sessões de enfermagem de reabilitação. 06/10/2023 - Melhoria na força no hemicorpo direito apresentando força grau 4 em todos os segmentos, exceto nos dedos da mão, mantendo força grau 3. No membro superior esquerdo apresentou força de grau 4 e no membro inferior esquerdo força grau 5; - Antes do treino de marcha foi realizada técnica respiratória com respiração abdómen-diafragmática e utilizou a dissociação dos tempos respiratórios e apresentou melhor controlo da respiração; - Realizado treino de marcha com andarilho com o meu apoio no lado direito, numa distância de 15 m 2 vezes. Notou-se melhorias na Srª MR desde a última sessão; - Consegui mudar de direção com menos desequilíbrio, mas apresentou maior dificuldade para a direita; - Conseguiu adotar uma postura mais correta embora com necessidade de algumas correções. Mantém passos descontrolados com o membro inferior direito; - Muito motivada e recetiva aos ensinios; - Utilizou roupa e calçado adequado; - Removidos tapetes escorregadios e melhorada a luminosidade dentro de casa, porém ainda mantém pouco espaço e a disposição errada do mobiliário da passagem da sala para cozinha; - Reforçados ensinios a Srª MR e ao esposo sobre a importância dos ajustes/remoção das barreiras arquitetónicas ainda presentes; - Reforçados ensinios a Srª MR e ao esposo sobre técnicas de treino de marcha com o andarilho. 10/10/2023 - Melhoria na força no hemicorpo direito apresentando força grau 4 em todos os segmentos, e força grau 5 no hemicorpo esquerdo; - Realizados exercícios respiratórios; - Tentativa de treino de marcha com tripé ou canadiana que utente não se adaptou, apresentou mais desequilíbrio e insegurança na marcha; - No quintal com o andarilho conseguiu fazer treino de marcha em declives e aclives, com necessidade de ligeiro apoio;
-----------------------------------	--	---	---



			- Realizou treino de marcha com contorno de obstáculos, mudanças de direção, andar em linha reta e em superfícies mais instáveis cerca de 10 m, 2 vezes. Apenas necessitou de correções posturais e supervisão verbal; - Iniciado treino de escadas (5 degraus) com apoio das mãos no muro e realizou sem grande dificuldade; Não se adaptou a canadiana e apresentou mais dificuldade e descoordenação motora; - Realizadas correções posturais para olhar em frente e afastar os pés; - O esposo adquiriu uma pedaleira e a Srª MR ficou a realizar no final da sessão. Incentivada a realizá-lo diariamente para a frente e para trás; - Mantém as barreiras arquitetónicas e foram alertados novamente para os riscos acrescidos de queda; - Reforçados ensinamentos ao esposo sobre técnica de apoio na marcha: posicionar-se ao lado da esposa, utilizar o seu braço como apoio, manter atenção constante e realizar pausas sempre que necessárias. 12/10/2023 - Manteve força grau 4 no hemicorpo direito, e força grau 5 no hemicorpo esquerdo; - Realizado treino de marcha com apoio das mãos no muro do quintal, bilateralmente numa distância de 20m com supervisão verbal apenas. Já realiza treino de marcha com andarilho de forma autónoma; - No quintal com o andarilho conseguiu fazer treino de marcha em declives e aclives, com pouco apoio; - Realizou treino de marcha com contorno de obstáculos, mudanças de direção, andar em linha reta e em superfícies mais instáveis cerca de 10 m, 2 vezes. Apenas necessitou de correções posturais e supervisão verbal; - Conseguiu subir e descer escadas (8 degraus) com apoio unilateral das mãos no muro; - Realizadas correções posturais para olhar em frente e afastar os pés; - Realizou 5 minutos de pedaleira para a frente e para trás; - Mantém as barreiras arquitetónicas e foram alertados novamente para os riscos acrescidos de queda; - Reforçados ensinamentos.
- RISCO DE	Diminuir o	-Avaliar o risco de queda através da EQM;	26/09/2023

QUEDA EM GRAU ELEVADO: - Potencial para melhorar conhecimento sobre a prevenção de queda; <u>Sistema parcialmente compensatório</u>	risco de queda e prevenir a sua ocorrência.	- Identificar fatores de risco para a ocorrência de quedas, tais como: alterações do equilíbrio corporal, alterações da visão, alterações na marcha e dificuldade de realizar as atividades de vida diária (AVD); - Realizar ensinios sobre produtos de apoio (Barras de apoio e cadeira de banho); - Incentivar a pedir ajuda quando necessitar de ir à casa de banho; - Garantir que os objetos a serem utilizados ficam ao seu alcance; - Realizar de ensinios à Srª MR e ao esposo sobre a adaptação às barreiras arquitetónicas (móvelia, tapetes e pisos escorregadios); - Ensinar sobre o uso de roupa/ calçado adequados (tamanho ajustado, calçado antiderrapante); - Ensinar sobre medidas de prevenção de queda; - Perceber junto da Srª MR e do esposo fatores de risco do ambiente domiciliário de forma a promover um ambiente seguro.	- Elevado risco de queda de acordo com a EQM (55); - Identificados fatores de risco para a ocorrência de quedas: alteração do equilíbrio corporal, alteração na marcha, necessidade de apoio no uso do sanitário e higiene, diminuição da acuidade visual (ortótese e nistagmo horizontal); - Já apresentavam barras laterais no sanitário e cadeira de apoio no duche; - O esposo referiu que a Srª MR pede sempre ajuda quando necessitar de ir a casa de banho; - A casa apresentava tapetes escorregadios, iluminação desadequada dentro de casa, disposição desadequada de alguns móveis e espaço limitado, foram realizados ensinios para a adaptação dos mesmos; - A Srª MR e o esposo mostraram-se recetivo aos ensinios sobre prevenção do risco de queda; - Utilizou roupa e calçado adequado; - Desconheciam os riscos de queda associados ao ambiente domiciliário, mas concordaram comigo e o esposo referiu que irá fazer as alterações; 06/10/2023 - Baixo risco de queda de acordo com a EQM (50); - Implementados treinos abrangentes, incluindo exercícios de equilíbrio, fortalecimento muscular, transferência, e atividades para aprimorar a acuidade visual; - A casa já se encontrava com melhor luminosidade e sem tapetes escorregadios, mas ainda apresentava uma disposição errada dos móveis, com espaço limitado, no qual a Srª MR na passagem da sala para a cozinha tinha de levantar o andorilho; - Reforçados ensinios à cerca da necessidade de realizar as alterações pelo elevado risco de queda. 10/12/2023 - Baixo risco de queda de acordo com a EQM (40); - Persistem fatores de risco, embora tenham sido implementados treinos abrangentes, incluindo exercícios de equilíbrio, fortalecimento muscular, transferência, e atividades para aprimorar a acuidade visual; - O esposo refere que não consegue alterar a disposição dos móveis,
---	--	---	--

			porém a utente já consegue passar da sala para a cozinha apoiada nos móveis; - Reforçados ensinios; 12/10/2023 - Baixo risco de queda de acordo com a EQM (40); - Melhorias no equilíbrio corporal na força muscular, conseguindo tornar-se mais autónoma e em segurança. É cuidadosa e pede sempre a supervisão do esposo; - Deambula apoiada nos móveis ou com andarilho e consegue ir autonomamente a casa de banho; - Alertados para os cuidados adicionais para o chão molhado, embora a Srª MR ainda não tome banho totalmente sozinha.
AUTOCUIDADO DEPENDENTE EM GRAU ELEVADO	-Promover a máxima recuperação no autocuidado maximizando o nível independência nas atividades de vida diária;	- Monitorizar o autocuidado segundo a escala de Barthel e MIF; - Motivar e estimular para o autocuidado; - Ensinar/ instruir/ treinar o autocuidado através de estratégias adaptativas; - Supervisionar o autocuidado; - Elogiar a utente e o prestador de cuidados na realização e adoção de estratégias adaptativas.	26/09/2023 - Apresenta dependência severa (45) segunda escala de Barthel e 63 na escala MIF; - Alimenta-se sozinha, precisa de ajuda em algumas tarefas como para cortar os alimentos. Realizou exercícios de motricidade fina (exercícios com mola de roupa, feijões e recorte de papel); - Consegue lavar os dentes, a cara, pentear-se e lavar a parte superior do corpo; - Realizou treino de reforço muscular e de equilíbrio corporal ao longo da sessão uma vez que são as principais causas da dificuldade em realizar higiene pessoal, na mobilidade, na transferência e no vestir/despir (dificuldade na parte inferior do corpo); - Apresentou dificuldade em ficar na posição de pé e foram treinadas várias técnicas como o rolamento e o sentar na cama bem como transferência para cadeira de rodas e da cadeira de rodas para a sanita no qual pedi ao esposo que participasse; - A Srª MR ajuda nas transferências e foram realizados ensinios essenciais para que o esposo pudesse realizar a transferência em segurança: Posicionamento correto da cadeira, ao lado da cama/ sanita, certificar-se que tem as rodas travadas; apoiar com as mãos nas costas/ calças da Srª MR e coordenar-se com a SRª MR; - Realizados ensinios ao esposo e Srª MR sobre os cuidados a ter na realização dos autocuidados e do risco de queda associado, da

			necessidade de adaptação das barreiras arquitetônicas e da importância da Srª MR solicitar ajuda. 06/10/2023 - Apresentou dependência moderada (65) segunda escala de Barthel e 69 na escala MIF; - Conseguiu cortar alimentos e encontra-se praticamente independente na alimentação; - Já se transfere com apoio mínimo do esposo; - Conseguiu pôr-se na posição de pé mas com apoio do lado direito e de andarilho, não controla a descida mas foi incentivada a colocar as mãos nos braços da cadeira e foi a deambular com andarilho até a casa de banho, com apoio do lado direito. 10/12/2023 - Apresentou dependência leve (80) segunda escala de Barthel e 83 na escala MIF; - Conseguiu colocar-se na posição de pé com as mãos no andarilho e realizar marcha com mínimo apoio, tendo-se deslocado até a casa de banho. 12/12/2023 - Apresenta dependência leve (95) segunda escala de Barthel e 99 na escala MIF; - Praticamente autónoma na utilização do sanitário, apenas supervisão; - Para entrar e sair do banho precisa do apoio do esposo, mas já consegue tomar banho sozinha, sentada em cadeira de banho.
DÉDICE SENSORIAL: - VISÃO COMPROMETIDA (nistagmo horizontal);	Reduzir a amplitude e a frequência do nistagmo para melhorar a estabilidade visual. Reduzir a	- Avaliar acuidade visual; - Ensinar/ instruir/ treinar a pessoa para a execução de exercícios para diminuir amplitude e frequência do nistagmo;	26/09/2023 - Detetado nistagmo horizontal após avaliação dos pares cranianos: III (Óculomotor), IV (Patético) e VI (Motor ocular externo); - Referiu dificuldade em fixar o olhar num objeto, sensação de tontura essencialmente ao mover a cabeça e maior dificuldade na leitura; - Pedi à Srª MR para olhar fixamente para um ponto que estava à sua frente e fui aumentando o tempo de fixação progressivamente por períodos mais longos no qual teve maior dificuldade à medida que se aumentava o tempo de fixação, mas por apresentar queixas de cefaleias optei por não



<u>Sistema de enfermagem apoio-educação</u>	sensação de tontura associada ao nistagmo.		continuar os exercícios; - Foi combinado com a Srª MR para realizar treino de leitura de forma lenta com pausas regulares, entre as sessões de enfermagem de reabilitação; 06/10/2023 - Avaliação sobreponível à anterior; - Foi realizado o mesmo exercício da sessão anterior e conseguiu ainda olhar fixamente para um ponto e ao mesmo tempo mover a cabeça lentamente para um lado e para o outro, 1 vez para cada lado. Não referiu cefaleia, mas algum cansaço visual; - Referiu ler por períodos durante o dia, mas com algum cansaço associado com necessidade de realizar pausas frequentes; 10/10/2023 - Mantém nistagmo horizontal; - Realizou os exercícios da sessão anterior e referiu menos cansaço e maior tolerância aos movimentos da cabeça, com menor sensação de tontura; 12/10/2023 - Sobreponível à sessão de enfermagem de reabilitação anterior;
---	---	--	---

9. CONCLUSÃO

Os programas de enfermagem de reabilitação individualizados, personalizados e consistentes, emergem como um caminho essencial para proporcionar a recuperação necessária e promover o ganho de independência funcional. Essa abordagem contribui para o bem-estar físico e mental, capacitando as pessoas e maximizando a sua funcionalidade após enfrentarem diversos desafios de saúde.

A escolha do caso da Sr^a MR incidiu no facto de ser uma senhora previamente autónoma e que atualmente se encontrava dependente, necessitando de ajuda do esposo para o desempenho das AVD. Ao realizar a avaliação da Sr^a MR foram detetadas várias necessidades fundamentais de intervenção, porém, as sessões de enfermagem de reabilitação realizadas no domicílio são limitadas no tempo, o que exigiu priorização de áreas específicas de reabilitação: ganho de equilíbrio corporal, reflexo postural, força muscular, sensibilidade propriocetiva, coordenação motora e melhoria na acuidade visual.

Neste sentido, foi elaborado um plano de reabilitação direcionado e personalizado às necessidades da Sr^a MR que com uma prática regular, permitiu desenvolver maior controlo sobre os seus movimentos, melhorando a estabilidade, reduzindo o risco de queda e desta forma tornando-a mais autónoma nas AVD.

Considero que este caso foi particularmente desafiante, pois permitiu observar que a atuação do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação no ambiente domiciliar difere significativamente do contexto hospitalar. Existe uma necessidade constante de adaptação e torna-se um desafio contínuo e complexo para ajustar as abordagens de intervenção às condições habitacionais do domicílio da pessoa.

Por fim, considero que resultados alcançados reforçam a importância da enfermagem de reabilitação no processo de recuperação pois contribuem para um aumento significativo na qualidade de vida da Sr^a MR, assim como para a sua independência funcional.



10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Berg, K. O., Wood-Dauphinee, S. L., Williams, J. I., & Maki, B. (1992). Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*, 83 Suppl 2, S7–S11.
- Blum, L., & Korner-Bitensky, N. (2008). Usefulness of the Berg Balance Scale in stroke rehabilitation: a systematic review. *Physical therapy*, 88(5), 559–566. <https://doi.org/10.2522/ptj.20070205>
- Bohannon, R. W., & Smith, M. B. (1987). Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. *Physical therapy*, 67(2), 206–207. <https://doi.org/10.1093/ptj/67.2.206>
- Borg G. A. (1982). Psychophysical bases of perceived exertion. *Medicine and science in sports and exercise*, 14(5), 377–381.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2019). Browser Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão 2019. Ordem dos Enfermeiros. Consultado em: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12(3), 189–198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Granger, C. V., Hamilton, B. B., Keith, R. A., Zielezny, M. & Sherwin, F. S. (1986). Advances in functional assessment for medical rehabilitation. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 1(3): 59-74. [http://journals.lww.com/topicsingeriatricrehabilitation/Abstract/1986/04000/Advances in functional assessment for medical.7.aspx](http://journals.lww.com/topicsingeriatricrehabilitation/Abstract/1986/04000/Advances_in_functional_assessment_for_medical.7.aspx)
- Holden, M. K., Gill, K. M., & Magliozzi, M. R. (1986). Gait assessment for neurologically impaired patients. Standards for outcome assessment. *Physical therapy*, 66(10), 1530–1539. <https://doi.org/10.1093/ptj/66.10.1530>
- Mahoney, FI. & Barthel, D. (1965). "Functional evaluation: the Barthel Index." *Maryland State Med Journal*, 14, 56-61. <https://www.kcl.ac.uk/nmpc/assets/rehab/tools-bi-functional-evaluation-the-barthel-index.pdf>
- Medical Research Council. (1976). Aids to the examination of the peripheral nervous system (War Memorandum No. 7). London: Her Majesty's Stationery Office. <https://www.ukri.org/wp-content/uploads/2021/12/MRC-011221-AidsToTheExaminationOfThePeripheralNervousSystem.pdf>
- Menoita, E.C., Sousa, L.M., Alvo, I.B.P., & Vieira, C.M. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos Para um Envelhecer Resiliente* (1ª ed). Lusociência.
- Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos valores normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse*, 9(2), 10-16. https://www.spneurologia.com/edition_download.php?id=55
- Norma n.º 008/2019 de 9 de dezembro. Decreto Regulamentar nº 14/2012- n.º 2, artigo 2 (2012). Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Porto: Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf



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

Petronilho, F. & Machado, M. (2017). Teorias de Enfermagem e Autocuidado: Contributos para a Construção do Cuidado de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida*. (1.^a ed., pp. 3-14). Lusodidática

Souza, A. B. S., & Ribeiro, D. S. (2022). ANÁLISE DE ESCALAS FUNCIONAIS PARA CLASSIFICAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS. *Revista Brasileira De Reabilitação E Atividade Física*, 1(1).
<https://estacio.periodicoscientificos.com.br/index.php/rbraf/article/view/829>

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

Tombaugh, T. N., & McIntyre, N. J. (1992). The mini-mental state examination: a comprehensive review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 40(9), 922-935.
<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1992.tb01992.x>



11. ANEXOS

ANEXO I - ESCALA DE DISPNEIA DE BORG MODIFICADA

Escala de Borg modificada	
0	Nenhuma
0,5	Muito, muito leve
1	Muito leve
2	Leve
3	Moderada
4	Pouco intensa
5	Intensa
6	
7	Muito intensa
8	
9	Muito, muito intensa
10	Máxima

ANEXO II - ESCALA DE COMA DE GLASGOW

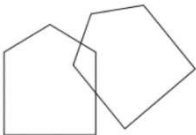
Variáveis		Score
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece a comandos	6
	Localiza a dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

ANEXO III - MINIMENTAL STATE

MINI-MENTAL STATE (1 ponto por cada resposta correta)		
Pontuação máxima	Pontuação do utente	ORIENTAÇÃO
5		Em que ano estamos?
		Em que mês estamos?



		Em que dia do mês estamos?
		Em que dia da semana estamos?
		Em que estação do ano estamos?
5		Em que país estamos?
		Em que distrito vive?
		Em que terra vive?
		Em que casa estamos?
		Em que andar estamos?
		RETENÇÃO
3		Nomear 3 objetos e em seguida pedir ao utente que repita: Objeto 1: Objeto 2: Objeto 3: E seguida repita-as até que o utente as decore e registre o número de tentativas.
		ATENÇÃO E CÁLCULO
5		Pedir ao utente que realize a subtração de 100-7 e depois ao resultado volta a subtrair 7 e assim sucessivamente até 5 vezes (93; 86;79;72;65).
		EVOCAÇÃO
3		Pedir ao utente que repita os 3 objetos ditos anteriormente: Objeto 1: Objeto 2: Objeto 3:
		LINGUAGEM
2		a) Mostrar ao utente 2 objetos (ex: lápis e um relógio) e pedir que os nomeie. Objeto 1: Objeto 2:
1		b) Pedir ao utente que repita uma frase (ex: "Nem aqui, nem ali, nem lá").
3		c) Pedir ao utente que cumpra uma ordem (ex: Pegue nesta folha de papel, dobre ao meio e coloque-a no chão). Pegar na folha: Dobrar a folha ao meio: Colocar a folha no chão:
1		Escrever um recado numa folha, pedir ao utente para ler e cumprir (ex: Feche os olhos)
1		Pedir ao utente que escreva uma frase (Deve conter sujeito, verbo e predicado, e os erros gramaticais não prejudicam a pontuação)

1		Pedir para desenhar numa folha de papel, dois pentágonos que se cruzam, e pedir que o copie exatamente como está na folha. Cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais interseccionados. Não se valoriza o tremor ou rotação. 
---	--	---

ANEXO IV - ESCALA DE FORÇA MUSCULAR (MRC-MEDICAL RESEARCH COUNCIL)

Escala de Força Muscular (MRC-Medical Research Council)	
0	Sem contração muscular palpável ou visível
1	Contração palpável ou visível, mas sem movimento do membro
2	Movimento sem vencer a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular
3	Movimento que vence a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular, mas não vence resistência
4	Movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade
5	Força normal

ANEXO V - ESCALA MODIFICADA DE ASHWORTH

Escala Modificada de Ashworth	
0	Nenhum aumento do tônus muscular
1	Ligeiro aumento do tônus muscular, manifestado por uma tensão momentânea ou por resistência mínima, no final da amplitude de movimento articular quando a região é movida em flexão ou extensão.
1+	Ligeiro aumento do tônus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguida de resistência mínima em menos da metade da amplitude de movimento articular restante.
2	Aumento mais marcante do tônus muscular, durante a maior parte da amplitude de movimento articular, mas a região é movida facilmente.
3	Considerável aumento do tônus muscular, o movimento passivo é difícil.
4	Parte afetada rígida em flexão ou extensão.



ANEXO VI - ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG

Escala de Equilíbrio de Berg		
Descrição dos itens	Pontuação (0-4)	
1) Posição sentada para posição em pé		
2) Permanecer em pé sem apoio		
3) Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho		
4) Posição em pé para posição sentada		
5) Transferências		
6) Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados		
7) Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos		
8) Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé.		
9) Apanhar um objeto do chão a partir da posição em pé.		
10) Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé.		
11) Girar 360 graus		
12) Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio		
13) Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente		
14) Permanecer em pé sobre uma perna		
TOTAL		
Legenda: 0 - incapaz de executar, 4 - capaz de executar de forma independente) obtendo um score total de 56 pontos.		
Legenda: 0 a 20: diminuição do equilíbrio/ elevado risco de queda; 21 a 40: equilíbrio aceitável/ médio risco de queda; 41 a 56: bom equilíbrio/ baixo risco de queda;		

ANEXO VII - CATEGORIAS FUNCIONAIS DE MARCHA

Functional Ambulation Classification	
Categoria	Definição
0	O indivíduo não pode andar ou requer suporte de duas ou mais pessoas
1	O indivíduo precisa de suporte contínuo de uma pessoa que ajude com seu peso e equilíbrio
2	O indivíduo é dependente com suportes contínuos ou intermitentes com uma pessoa auxiliando no equilíbrio ou coordenação
3	O indivíduo precisa de apenas supervisão verbal
4	O suporte é requerido para escadas e superfícies irregulares
5	O indivíduo pode andar independentemente em qualquer lugar



ANEXO VIII - ESCALA DE QUEDAS DE MORSE

Escala de Quedas de Morse	
Item	Pontuação
1. História de Quedas, no internamento ou nos últimos 3 meses. Não Sim	0 25
2. Diagnósticos secundários Não Sim	0 15
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andarlho Apoia-se no mobiliário para andar	0 15 30
4. Terapia intravenosa Não Sim	0 20
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilitado Dependente de ajuda	0 10 20
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0 15
Legenda: Sem risco (0 e ≤ 24 pontos); Baixo risco (≥ 25 e ≤ 50 pontos); Alto risco (≥ 51 pontos).	

ANEXO IX – ÍNDICE DE BARTHEL

Índice de Barthel	
1Alimentação	0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc. 10 = Independente (a comida é providenciada)
2. Transferências	0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se 5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se 10 = Pequena ajuda (verbal ou física) 15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)
3. Higiene Pessoal	0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal 5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)
4. Utilização de Casa de banho	0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho 10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)
5. Tomar banho	0 = Dependente 5= Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)



6. Mobilidade	0 = Imobilizado 5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc. 10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física) 15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)
7. Subir e descer escadas	0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão 10 = Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala)
8. Vestir	0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda 10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)
9. Controlo Intestinal	0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres) 5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana) 10 = Contínente (não apresenta episódios de incontinência)
10. Controlo Vesical	0 = Incontinente ou algaliado 5 = Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas) 10 = Contínente (por mais de 7 dias)
Interpretação do Resultado	100 pontos – totalmente dependente independente 99 a 76 pontos – dependência leve 75 a 51 pontos - dependência moderada 50 a 26 pontos – dependência severa 25 e menos pontos – dependência total

ANEXO X - MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Escala de MIF	
Autocuidado	Data de avaliação
A - Alimentação	
B - Higiene pessoal	
C - Banho	
D - Vestir metade superior	
E - Vestir metade inferior	
F - Utilização da sanita	
Controlo de Esfíncteres	
G - Vesical	
H - Intestinal	
Transferência	
I - Cama, cadeira, cadeira de rodas	
J - Sanitário	
K - Banheira, duche	
Locomoção	
L - Marcha, cadeira de rodas	
M - Escadas	



Comunicação		
N - Compreensão		
O - Expressão		
Cognição Social		
P - Interação social		
Q - Resolução de problemas		
R - Memória		
TOTAL		
Legenda		
Nível	7 - Independência completa (segurança, em tempo normal). 6 - Independência modificada (utilização de produto de apoio)	Sem ajuda
	Dependência modifica (o indivíduo realiza pelo menos 50% do esforço) 5 - Supervisão 4 - Ajuda mínima (indivíduo $\geq 75\%$) 3 - Ajuda moderada (indivíduo $\geq 50\%$) Dependência completa (o indivíduo realiza menos de 50% do esforço) 2 - Ajuda máxima (indivíduo $\geq 25\%$) 1 - Ajuda total (indivíduo $< 25\%$)	Ajuda

APÊNDICE 10 – PÓSTER: INTERVENÇÕES DO EEER NA
PROMOÇÃO DO EQUILÍBRIO CORPORAL NA PESSOA APÓS AVC:
REVISÃO DE *SCOPING*



Intervenções do EEER na Promoção do Equilíbrio Corporal na Pessoa após AVC: Revisão de Scoping

Júlia Saraiva¹; Gonçalo Rosa²; Sónia Fernandes³; Júlio Belo Fernandes⁴

¹Hospital Garcia de Orta, 2805-267 Almada, Portugal;

²Nurs* Lab, Caparica, 2829-501 Almada, Portugal;

³Docente na Egas Moniz Center for Interdisciplinary Research (CIEM), Egas Moniz School of Health & Science, 2829-501 Caparica, Almada, Portugal;

⁴Docente de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação na Egas Moniz Center for Interdisciplinary Research (CIEM), Egas Moniz School of Health & Science, 2829-501 Caparica, Almada, Portugal;

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a segunda principal causa de morte a nível mundial e contribui significativamente para a incapacidade a longo prazo (Centers for Disease Control and Prevention; World Health Organization, 2023). Após AVC, as alterações funcionais são frequentes, manifestando-se sobretudo através de deficiências cognitivas e motoras que comprometem o equilíbrio corporal, a coordenação, a propriocepção, o tônus muscular, a força muscular e a marcha (Gittins et al., 2021; Yao et al., 2021).

Estudos anteriores referem que o equilíbrio corporal é afetado em até 83% dos sobreviventes de AVC (Tyson et al., 2006). Estas alterações, por sua vez, dificultam a participação em atividades diárias, interações sociais, lazer e regresso ao trabalho (Kim, 2022; Norlander et al., 2018).

A incorporação da reabilitação centrada no equilíbrio corporal numa fase inicial do percurso de recuperação do AVC pode conduzir a resultados mais favoráveis, aumentar a independência funcional e melhorar a qualidade de vida dos sobreviventes de AVC (Grefkes & Fink, 2020; Lee et al., 2015). Estes conhecimentos sublinham a urgência em implementar intervenções de reabilitação baseadas na evidência, que deem prioridade à melhoria do equilíbrio corporal nos protocolos de tratamento após AVC, uma vez que um bom equilíbrio é um pré-requisito para recuperar a capacidade de andar de forma independente e realizar atividades da vida diária (Li et al., 2019).

OBJETIVO

Identificar as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na Promoção do Equilíbrio Corporal na Pessoa após AVC.

METODOLOGIA

Método da revisão de scoping: Joanna Briggs Institute (JBI).

Questão de investigação: Quais são as intervenções do EEER (C) na Promoção do Equilíbrio Corporal (C) na Pessoa após AVC (P)?

Descritores: Stroke; Rehabilitation; Postural Balance.

Critérios de Inclusão: Sobreviventes de AVC; Adultos com idade ≥ 18 anos; Estudos que investiguem intervenções não invasivas para promover o equilíbrio corporal; Estudos realizados em contextos de reabilitação (por exemplo, agudos, cuidados pós-agudos e de longa duração); Estudos experimentais e estudos quase-experimentais.

Critérios de Exclusão: Outras condições de saúde além do AVC; Participantes com idade < 18 anos; Estudos que não abordem intervenções que promovam o equilíbrio corporal; Estudos que utilizem técnicas invasivas; Estudos realizados em contextos não ligados à saúde ou à reabilitação; Outros tipos de estudos.

RESULTADOS

EXERCÍCIOS CONVENCIONAIS

Treino específico dos músculos do tronco (Bigoni et al., 2021);
Treino motor do lado não afetado (Pandian et al., 2014).

INTERVENÇÕES BASEADAS NO GINÁSIO

Treino de fortalecimento muscular do tronco com bola suíça (Wagh et al., 2017); Exercícios de cadeia cinética fechada e cadeia cinética aberta com máquinas de ginásio (Lee et al., 2013); Caminhada para trás numa passadeira (Chang et al., 2021).

TERAPIA DE VIBRAÇÃO

Terapia de vibração no corpo inteiro utilizando uma plataforma vibratória (Lee et al., 2017).

TREINO DE ESTIMULAÇÃO AUDITIVA RÍTMICA

Treino intensivo de marcha com estimulação auditiva rítmica (Cha et al., 2014).



TERAPIA DE BOXE

Treino de boxe real e boxe virtual através de uma consola de jogos (Ersoy & Iyigun, 2021).

INTERVENÇÕES DE REABILITAÇÃO BASEADAS NA TECNOLOGIA

Treino do tronco assistido por um robô (Kim et al., 2022); Exercícios com disco de equilíbrio e aplicação com inclinómetro para Smartphones (Aphihaaksakul & Siriphorn, 2022); Treino de remo com canoa virtual (Lee et al., 2018); Treino sentar-levantar com feedback visual em tempo real (Hyun et al., 2021); Treino de equilíbrio com video jogos (Morone et al., 2014).

TREINO MOTOR AQUÁTICO E TERRESTRE DE DUPLA TAREFA

Treino de dupla tarefa no solo e em ambiente aquático (Saleh et al., 2019).

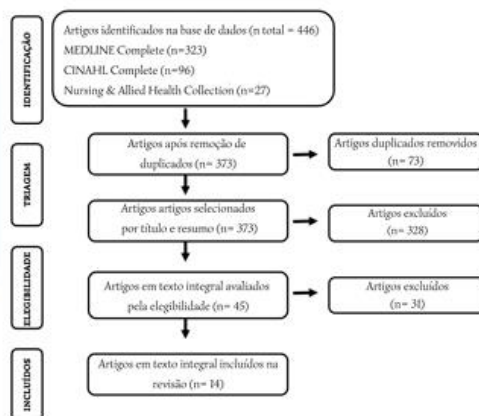


Figura 1. Fluxograma PRISMA do processo de seleção de estudos.

CONCLUSÕES

A reabilitação por meio de diferentes abordagens de exercícios é essencial para melhorar a qualidade de vida de pessoas que sofreram um AVC, melhorando a coordenação muscular do tronco, equilíbrio corporal, mobilidade e funcionalidade.

É importante notar que cada abordagem tem o seu próprio conjunto de benefícios e limitações, e a escolha da abordagem adequada deve ser baseada nas necessidades e objetivos individuais da pessoa e do ambiente em que a reabilitação é realizada.

A investigação futura deve estudar os efeitos a longo prazo destas intervenções, explorando a sua sustentabilidade e benefícios. Para além disso, a realização de estudos comparativos entre diferentes modalidades de intervenção pode produzir conhecimentos valiosos sobre a sua eficácia relativa, avançando ainda mais o campo da reabilitação do AVC.

BIBLIOGRAFIA



APÊNDICE 11 – AÇÃO DE FORMAÇÃO: PREVENÇÃO DE LESÕES
MUSCULOESQUELÉTICAS NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE/
PROGRAMA DE GINÁSTICA LABORAL



PREVENÇÃO DE LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

JÚLIA SARAIVA

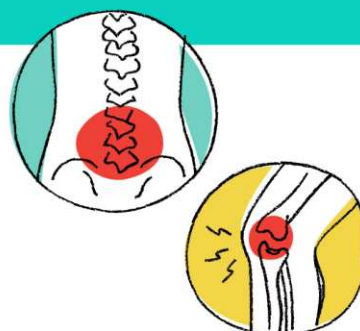
ESTUDANTE DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO -
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ

ORIENTADOR DE ESTÁGIO NA [REDACTED]

ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

GONÇALO ROSA

PROFESSOR ORIENTADOR DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ,
ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO



ÍNDICE

• O QUE SÃO AS LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS RELACIONADAS COM O TRABALHO (LMERT)?

- SINTOMAS DAS LMERT
- CONSEQUÊNCIAS
- FATORES DE RISCO
- CAPACITAR OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
- MECÂNICA CORPORAL
- MEDIDAS PREVENTIVAS DAS LMERT

• PROGRAMA DE GINÁSTICA LABORAL

- BENEFÍCIOS
- SESSÕES DE GINÁSTICA LABORAL
- EXERCÍCIOS



O QUE SÃO AS LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS RELACIONADAS COM O TRABALHO (LMERT)?

Segundo a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA, 2020), são **alterações das estruturas corporais**, tais como músculos, articulações, tendões, ligamentos, nervos e ossos, causados ou agravadas principalmente pelo trabalho e pelos efeitos do ambiente em que o trabalho é realizado.

Afetam essencialmente:

- Região Cervical/lombar;
- Ombros;
- Membros Superiores e Inferiores.



No âmbito da saúde ocupacional são descritas como um dos **principais problemas dos profissionais de saúde, em particular dos enfermeiros** (Serranheira et al., 2012).

Num estudo realizado em cinco hospitais da região do Porto, verificaram uma prevalência de 84% de sintomas musculoesqueléticos nos enfermeiros, sendo assim considerada a classe profissional, a mais afetada (Moura, Martins & Ribeiro, 2019).



SINTOMAS DAS LMERT

- **Dor**, a maior parte das vezes localizada e pode irradiar para outras áreas corporais;
- Parestesias na área afetada ou em área próxima;
- **Sensação de peso**;
- **Fadiga** ou desconforto localizado;
- Sensação de perda ou mesmo **perda de força**.



(Sousa-Uva et al., 2008)

CONSEQUÊNCIAS

- Insatisfação;
- Fadiga;
- Stress;
- Absentismo;
- Incapacidade laboral.



(Guirado et al., 2020; Mota et al., 2020)



FATORES DE RISCO

INDIVIDUAIS

- Género;
- Idade;
- Nível de escolaridade;
- Capacidade física;
- Hábitos tabágicos e alcoólicos;
- Etilos de vida;
- Historial médico.

ORGANIZACIONAIS E PSICOSOCIAIS

- Ciclos de trabalho-descanso;
- Tipo de gestão;
- Elevadas exigências laborais;
- Exaustão;
- Insónia;
- Stress relacionado com o trabalho;
- Falta de autonomia;
- Falta de apoio da chefia e dos colegas.

FÍSICOS/ BIOMECÂNICOS

- Trabalhos monótonos mecanizados e repetitivos;
- Movimentação de cargas;
- Ambientes com baixa luminosidade;
- Posicionamentos incorretos.

(Kok et al., 2019)

CAPACITAR OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Capacitar os profissionais de saúde vai permitir a prevenção das LMERT e vai contribuir para uma correta gestão de saúde.

É da competência do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação

PROMOVER UM DIAGNÓSTICO PRECOCE



IMPLEMENTAR AÇÕES PREVENTIVAS

Prevenir complicações e evitar/minimizar incapacidades instaladas.

(Serranheira, Sousa-Uva & Leite, 2012; Ordem dos Enfermeiros, 2019)



MECÂNICA CORPORAL

A Mecânica Corporal define-se pela coordenação de esforços dos sistemas musculoesquelético e nervoso para possibilitar o desempenho das diversas atividades diárias, promovendo a utilização mais eficaz da energia muscular.

Para a utilização de uma correta mecânica corporal é fundamental EXISTIR:

- Postura;
- Alinhamento;
- Equilíbrio.



(Potter & Perry, 2006; Lemos, Teixeira, & Mota, 2009)

MEDIDAS PREVENTIVAS DAS LMERT

- Fardamento confortável e largo e calçado fechado;
- Espaço físico suficiente - área de 2,5m livres desde o centro da cama;
- Piso com condições de segurança;
- Não levantar mais de 35% do seu peso corporal;
- Planear e repartir os movimentos, identificando quem coordena, melhorando a conjugação de esforços;
- Utilizar equipamento regulável em altura;
- Auxiliares mecânicos: easy slide, transfer, elevadores, resguardos ou outros;

(Ordem dos Enfermeiros, 2013)



MEDIDAS PREVENTIVAS DAS LMERT

- Na execução de esforços, manter a região dorso-lombar direita, fletir os joelhos evitando a inclinação anterior do tronco a um ângulo superior a 10º e colocar a força nos músculos dos membros inferiores;
- Evitar movimentos de rotação e flexão da coluna, manter o alinhamento corporal, a postura do tronco e a posição dos pés na direção do movimento a realizar;
- Puxar, empurrar, deslizar ou girar em vez de elevar;
- Ao levantar a pessoa, ou objetos, colocá-los o mais próximo possível do corpo, mantendo os membros superiores junto ao tronco;
- Não colocar objetos a alturas que impliquem estiramento para os alcançar;
- Realizar contrações isométricas dos músculos abdominais durante a realização do esforço;
- **Realizar exercícios de alongamento e relaxamento entre tarefas de maior sobrecarga e/ou repetitivas e no final, para reduzir a tensão no sistema músculo-esquelético.**

(Ordem dos Enfermeiros, 2013)

PROGRAMA DE GINÁSTICA LABORAL





BENEFÍCIOS

- Redução das tensões musculares e do stress;
- Correção de posturas adotadas;
- Redução de sintomas de ansiedade e depressão;
- Melhoria do humor e o entusiasmo;
- Aumento do nível de energia;
- Coesão das equipas de trabalho;
- Melhores relações interpessoais;
- Redução de conflitos entre os profissionais.

(Lima, 2018; Duarte & Lima, 2020; Farias et al., 2019)

SESSÕES DE GINÁSTICA LABORAL

- ✓ Intensidade leve;
- ✓ Duração entre 5-15 min;
- ✓ Realizadas antes, durante ou após o trabalho;
- ✓ Recurso a música;
- ✓ Sequência de exercícios;
- ✓ Coordenados com a respiração;
- ✓ Séries de 5 repetições cada exercício.



(Lima, 2018; Kallas & Lima, 2019; Associação Brasileira de Ginástica Laboral, 2017; Lima, 2019)



EXERCÍCIOS



Rotação da cabeça
para a direita e
esquerda



Inclinação da
cabeça para a
direita e esquerda



Flexão, extensão e
hiperextensão da
cabeça



Elevação dos
ombros



Entrelaçar os dedos e fazer rotação
dos punhos para a direita e
esquerda



Flexão e extensão dos dedos

Adaptado de: Ribeiro, O. (2021)

EXERCÍCIOS



Juntar as palmas das mãos e fazer
flexão e extensão dos punhos



Extensão dos membros superiores
para trás e entrelaçar os dedos



Extensão dos membros
superiores para a
frente, entrelaçando os
dedos



Extensão dos membros
superiores para cima e
entrelaçar os dedos



Flexão lenta da região do
tórax até limite confortável
com membros inferiores em
semiflexão

Adaptado de: Ribeiro, O. (2021)



EXERCÍCIOS



Abdução e adução horizontalmente dos membros superiores



Flexão do tronco até as mãos tocarem nos dedos dos pés



Flexão de um joelho e manter o membro contralateral em extensão



Realizar agachamento e manter o tronco em extensão



Elevação dos membros superiores e flexão do tronco em direção ao solo



Rotação do pé para o lado direito e esquerdo

Adaptado de: Ribeiro, O. (2021)

EXERCÍCIOS

Em equipa



Realizar agachamento a pares, segurando os antebraços do colega

Adaptado de: Ribeiro, O. (2021)



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

OBRIGADA PELA VOSSA ATENÇÃO!

**Poster das Lesões
Musculoesqueléticas**



**Programa de
Ginástica Laboral**



**Referências
Bibliográficas**



APÊNDICE 12 – PÓSTER: PREVENÇÃO DE LESÕES
MUSCULOESQUELÉTICAS NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE



PREVENÇÃO DE LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

JÚLIA SARATVA

ESTUDANTE DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO - ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ

ORIENTADOR DE ESTÁGIO

GONÇALO ROSA

PROFESSOR ORIENTADOR DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ, ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO



O que são as Lesões Musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERT)?

Segundo a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA, 2020), são **alterações das estruturas corporais**, tais como músculos, articulações, tendões, ligamentos, nervos e ossos, causados ou agravados principalmente pelo trabalho e pelos efeitos do ambiente em que o trabalho é realizado.

Afetam essencialmente:

- Região Cervical/lombar;
- Ombros;
- Membros Superiores e Inferiores.



No âmbito da saúde ocupacional são descritas como um dos **principais problemas dos profissionais de saúde, em particular dos enfermeiros** (Serranheira et al., 2012).

Num estudo realizado em cinco hospitais da região do Porto, verificaram uma prevalência de 84% de sintomas musculoesqueléticos nos enfermeiros, sendo assim considerada a classe profissional, a mais afetada (Moura, Martins & Ribeiro, 2019).



(Souza-Lima et al., 2008)

CONSEQUÊNCIAS

Insatisfação;

Fadiga;

Stress;

Absentismo;

Incapacidade laboral.

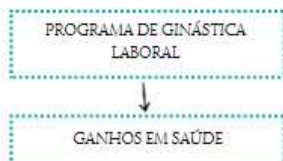
(Góis et al., 2020; Moura et al., 2019)

CAPACITAR OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Capacitar os profissionais de saúde vai permitir a prevenção das LMERT e vai contribuir para uma correta gestão de saúde.

É da competência do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação **promover o diagnóstico precoce, implementar ações preventivas** de forma a prevenir complicações e evitar/minimizar incapacidades instaladas.

(Serranheira, Sousa-Lima & Leão, 2012; Ordem dos Enfermeiros, 2009)



MECÂNICA CORPORAL

A Mecânica Corporal define-se pela coordenação de esforços dos sistemas musculoesquelético e nervoso para possibilitar o desempenho das diversas atividades diárias, promovendo a utilização mais eficaz da energia muscular.

Para a utilização de uma correta mecânica corporal é fundamental EXISTIR:

- Postura;
- Alinhamento;
- Equilíbrio.

(Petter & Perry, 2006; Lemos, Teixeira, & Almeida, 2009)

Programa de
Ginástica Laboral



Referências
Bibliográficas





EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

APÊNDICE 13 – PÓSTER: PREVENÇÃO DE LESÕES
MUSCULOESQUELÉTICAS NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE:
PROGRAMA DE GINÁSTICA LABORAL



PREVENÇÃO DE LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Programa de Ginástica Laboral

JÚLIA SARATIVA

ESTUDANTE DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO - ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ

ORIENTADOR DE ESTÁGIO

ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

GONÇALO ROSA

PROFESSOR ORIENTADOR DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ, ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO



Num estudo realizado em cinco hospitais da região do Porto, verificou-se uma prevalência de **84% de sintomas musculoesqueléticos nos enfermeiros**, sendo assim considerada a classe profissional mais afetada (Moura, Martins & Ribeiro, 2019).

Ginástica laboral (GL)

Consiste num programa de exercícios que pretendem preparar e compensar as estruturas musculares mais utilizadas no trabalho, com o foco na prevenção e promoção da saúde, estímulo à rotina mais ativa, melhoria da postura e percepção corporal.

BENEFÍCIOS:

- Redução das tensões musculares e do stress;
- Correção de posturas adotadas;
- Redução de sintomas de ansiedade e depressão;
- Melhoria do humor e o entusiasmo;
- Aumento do nível de energia;
- Coesão das equipas de trabalho;
- Melhores relações interpessoais;
- Redução de conflitos entre os profissionais.

(Lima, 2018; Duarte & Lima, 2020; Faria et al., 2019)

Como devem ser as sessões de GL?

- ✓ Intensidade leve;
- ✓ Duração entre 5-15 min;
- ✓ Realizadas antes, durante ou após o trabalho;
- ✓ Recurso a música;
- ✓ Sequência de exercícios;
- ✓ Coordenados com a respiração;
- ✓ Séries de 5 repetições cada exercício.

(Lima, 2018; Kallas & Lima, 2019; Associação Brasileira de Ginástica Laboral, 2017; Lima, 2019)

Programa de Ginástica Laboral



Rotação da cabeça para a direita e esquerda



Inclinação da cabeça para a direita e esquerda



Flexão, extensão e hiperextensão da cabeça



Elevação dos ombros



Entrelaçar os dedos e fazer rotação dos punhos para a direita e esquerda



Flexão e extensão dos dedos



Juntar as palmas das mãos e fazer flexão e extensão dos punhos



Extensão dos membros superiores para trás e entrelaçar os dedos



Extensão dos membros superiores para a frente, entrelaçando os dedos



Extensão dos membros superiores para cima e entrelaçar os dedos



Flexão lenta da região do tórax até limite confortável, com membros inferiores em semiflexão



Abdução e adução horizontalmente dos membros superiores



Flexão do tronco até as mãos tocarem nos dedos dos pés



Flexão de um joelho e manter o membro contralateral em extensão



Realizar agachamento e manter o tronco em extensão



Elevação dos membros superiores e flexão do tronco em direção ao solo



Rotação do pé para o lado direito e esquerdo



Realizar agachamento a pares, segurando os antebraços do colega

Em equipa



Realizar agachamento a pares, segurando os antebraços do colega

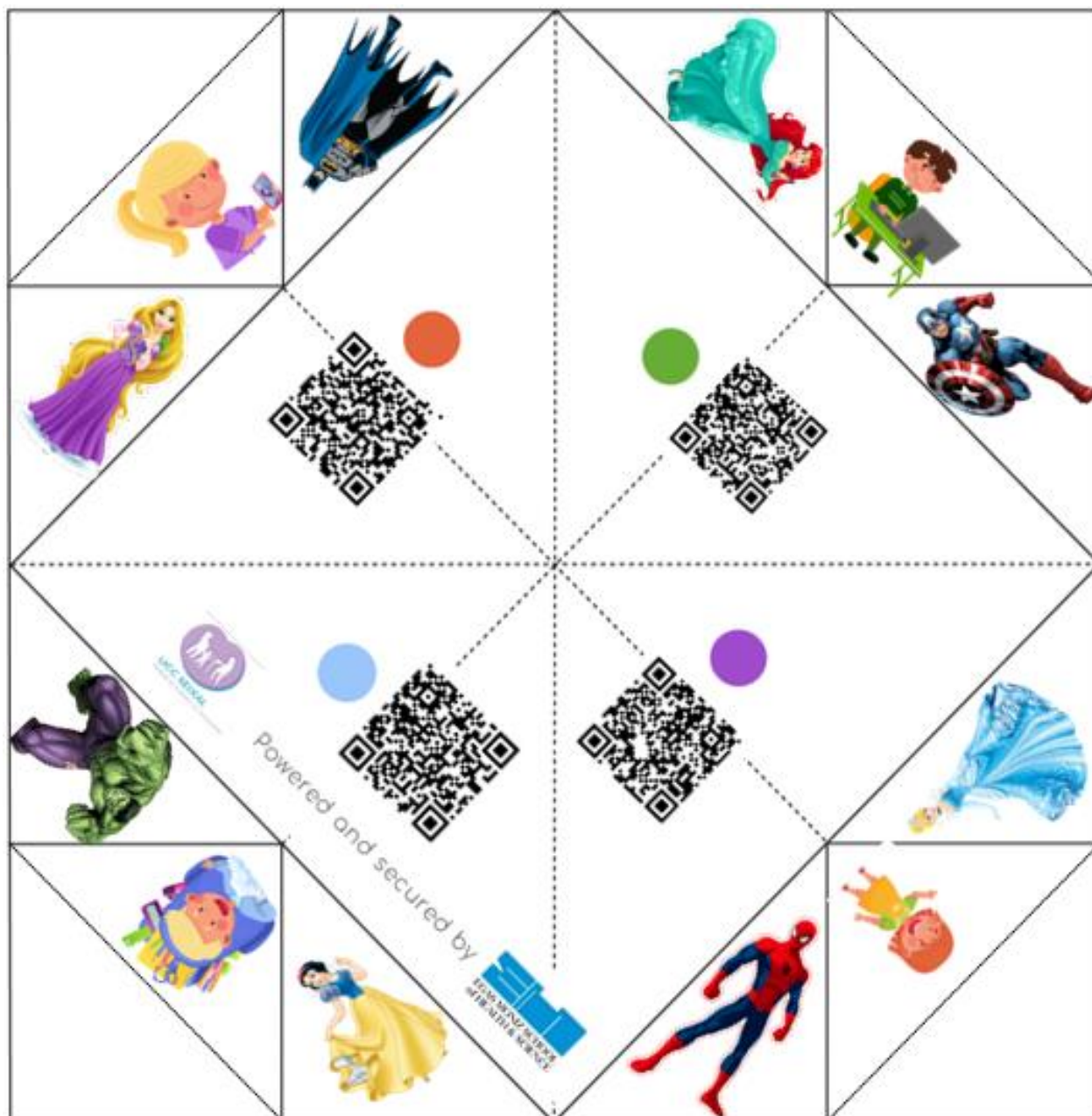
Poster das Lesões Musculoesqueléticas



Referências Bibliográficas



Adaptado de: Ribeiro, O. (2021).



APÊNDICE 15 – FOLHETOS: ADEQUAR MOCHILA; POSTURA
IDEAL AO COMPUTADOR; SENTAR CORRETAMENTE;
MANUSEAR TELEMÓVEL

ADEQUAR MOCHILA





A MINHA MOCHILA PESA:



O MEU PESO:

Durante o seu desenvolvimento, a criança passa por várias fases de **crescimento e desenvolve**:

EQUILÍBRIO

COORDENAÇÃO

POSTURA

A sobrecarga da mochila e o transporte incorreto podem causar alterações nos músculos, ossos e no crescimento normal da coluna vertebral.



O PESO DA MOCHILA NÃO DEVE ULTRAPASSAR

10%

15%

DO PESO CORPORAL DA CRIANÇA



MOCHILAS PESADAS

- ▲ Aumentam a inclinação da cabeça.
- ▲ Aumentam a má postura das costas.
- ▲ Aumentam o desconforto.

Os pais desempenham um papel essencial na prevenção de lesões musculoesqueléticas. Na escolha de mochila recomendamos que tenha em atenção:






Peso Tamanho Tipo de Alças Suporte de Cintura

EVITAR:

- USO DE APENAS UMA ALÇA DA MOCHILA.
- USO DA MOCHILA ABAIXO DA CINTURA.
- USO DE ALÇAS NO TAMANHO DESADEQUADO.

CHECKLIST DE PREPARAÇÃO DA MOCHILA:

- ✓ PESO A 10% DO PESO DA CRIANÇA
- ✓ POSIÇÃO ELEVADA DA MOCHILA ACIMA DA CINTURA
- ✓ USO DA MOCHILA EM AMBOS OS OMBROS
- ✓ ALÇAS E MOCHILA ACOLCHOADAS
- ✓ UTILIZAÇÃO DE CACIFOS OU ARMÁRIOS
- ✓ COLOCAR MATERIAL PESADO JUNTO ÀS COSTAS



PARA MAIS INFORMAÇÕES CONSULTE: [BIT.LY/UCC](https://bit.ly/UCC)

POSTURA IDEAL AO COMPUTADOR



QUANTO MAIS TEMPO
EM FRENTE AO COMPUTADOR



MAIOR RISCO
DE PROBLEMAS MUSCULARES



AMBIENTE ILUMINADO



MONITOR AO NÍVEL DOS OLHOS
DISTÂNCIA DO MONITOR 50-70 CM

ALTURA DA CADEIRA
TECLADO E RATO ADEQUADOS

ALTURA DA MESA

PÉS APOIADOS NO CHÃO

FAZER PAUSAS REGULARES 20-30MINUTOS E EXERCÍCIOS DE ALONGAMENTOS A CADA 30 MIN



PARA MAIS INFORMAÇÕES CONSULTE: [BIT.LY/UCC](https://bit.ly/UCC)

SENTAR CORRETAMENTE




FAZER PAUSAS A CADA 30 MINUTOS

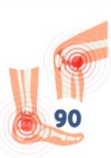
DISTÂNCIA ADEQUADA ENTRE CADEIRA E A MESA

ALTURA CORRETA DE MESA

ASSENTO PROFUNDO PARA SUPORTAR AS COXAS

TORNOZELOS, JOELHOS E COXA A 90°

PÉS APOIADOS NO CHÃO



PARA MAIS INFORMAÇÕES CONSULTE: [BIT.LY/UCC](https://bit.ly/UCC)

MANUSEAR O TELEMÓVEL

A saúde escolar, em crianças e jovens, tem sido alvo de preocupação por parte da comunidade científica pelo mundo, devido às alterações da postura e dores no pescoço e costas.

As crianças mexem nos telemóveis, com a **cabeça inclinada para frente** para ler, jogar e enviar mensagens mais de **5 a 7 HORAS POR DIA**.

A utilização precoce e inadequada de telemóveis, tablets, ou outros dispositivos portáteis, pode provocar **SÍNDROME "TEXT NECK"**.

QUANTO MAIOR A INCLINAÇÃO DO PESCOÇO

MAIOR PESO DA CABAÇA SOBRE AS COSTAS

0° = 6KG
30° = 18KG
60° = 27KG

EDUCAÇÃO POSTURAL

A inclinação frequente para frente pode alterar **músculos** e **ossos** e causar **DOR**.

É importante mudar maus hábitos para hábitos saudáveis de modo a prevenir dores nos músculos e nos ossos. E como podemos prevenir?

- 1 Evitar o uso excessivo e fazer pausas frequentes! 5 minutos por cada 20 minutos de utilização.
- 2 Manter uma boa postura e alternar de posição frequentemente, sentado e de pé.
- 3 Posicionar o dispositivo de forma a reduzir as tensões no pescoço e nos ombros.
- 4 Posicionar o dispositivo de forma a reduzir as tensões no pescoço e nos ombros.
- 5 Evitar movimentos repetitivos, como escrever no telemóvel ou deslizar o dedo por longos períodos.
- 6 Evitar segurar dispositivos grandes ou pesados com uma das mãos por longos períodos.

EXERCÍCIOS PESCOÇO E OMBROS

Tocar com a orelha no ombro.

Rodar a cabeça para esquerda e para a direita.

Rodar a cabeça 360°.

Levantar e baixar os braços.

PARA MAIS INFORMAÇÕES CONSULTE: BIT.LY/UCC

ANEXO 1 – CERTIFICADO DE PUBLICAÇÃO DO ARTIGO
CIENTÍFICO



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ



International Journal of
*Environmental Research
and Public Health*

an Open Access Journal by MDPI



CERTIFICATE OF PUBLICATION



The certificate of publication for the article titled:

Current Trends in Balance Rehabilitation for Stroke Survivors: A Scoping Review of Experimental Studies

Authored by:

Júlia Saraiva; Gonçalo Rosa; S3nia Fernandes; J3lio Belo Fernandes

Published in:

Int. J. Environ. Res. Public Health **2023**, Volume 20, Issue 19, 6829



Academic Open Access Publishing
since 1996

Basel, June 2024

Prof. Dr. Paul B. Tchounwou
Editor-in-Chief

ANEXO 2 – CERTIFICADO: PARTICIPAÇÃO NA COMISSÃO
ORGANIZADORA NO 1.º *WEBINAR* E ENCONTRO DIGITAL



1.º Webinar e Encontro Digital

“Reabilitação e Cuidados Respiratórios”

9 de Dezembro 2023

CERTIFICADO COMISSÃO ORGANIZADORA

Certifica-se que:

Júlia Saraiva,

Participaram na Comissão Organizadora do 1.º Webinar e Encontro Digital da
que se realizou no
dia 9 de dezembro de 2023, através da Plataforma Digital do evento e do Microsoft
Teams.

Almada, 9 de dezembro de 2023

P' Comissão Organizadora

ANEXO 3 – CERTIFICADO DE PRELETORA DO TEMA: CUIDADOS
DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM
EQUILÍBRIO CORPORAL COMPROMETIDO



1.º Webinar e Encontro Digital

“Reabilitação e Cuidados Respiratórios”

9 de Dezembro 2023

CERTIFICADO DE COMUNICAÇÃO

Certifica-se que:

, **Júlia Saraiva,**

Participaram como preletoras na comunicação oral “**Reeducação do Equilíbrio Corporal**”, no 1.º Webinar e Encontro Digital da

que se realizou no
dia 9 de dezembro de 2023, através da Plataforma Digital do evento e
do Microsoft Teams.

Almada, 9 de dezembro de 2023

P' Comissão Organizadora



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

ANEXO 4 – CERTIFICADO DE EXPOSIÇÃO E DIVULGAÇÃO DE
PÓSTER: PREVENÇÃO DE LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS -
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO: PRINCÍPIOS DE ERGONOMIA
E BIOMECÂNICA



1.º Webinar e Encontro Digital

“Reabilitação e Cuidados Respiratórios”

9 de Dezembro 2023

CERTIFICADO DE PÓSTER

Certifica-se que:

, Júlia Saraiva,

, Gonçalo Rosa,

Participaram com o póster **“Prevenção das Lesões Musculoesqueléticas - Enfermagem de Reabilitação: Princípios de Ergonomia e Biomecânica”**, no 1.º Webinar e Encontro Digital da , que se realizou no dia 9 de dezembro de 2023, através da Plataforma Digital do evento e do Microsoft Teams. Este póster foi distinguido com **Menção Honrosa**.

Almada, 9 de dezembro de 2023

P' Comissão Organizadora



ANEXO 5 – CERTIFICADO DE EXPOSIÇÃO E DIVULGAÇÃO DE
PÓSTER: PREVENÇÃO DE LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS EM
SAÚDE - GINÁSTICA LABORAL: PROGRAMA REABILITAR QUEM
CUIDA



1.º Webinar e Encontro Digital

“Reabilitação e Cuidados Respiratórios”

9 de Dezembro 2023

CERTIFICADO DE PÓSTER

Certifica-se que:

, **Júlia Saraiva,**

, **Gonçalo Rosa,**

Participaram com o póster **“Prevenção das Lesões Musculoesqueléticas em Saúde Ginástica Laboral Programa Reabilitar Quem Cuida”**, no 1.º Webinar e Encontro Digital da , que se realizou no dia 9 de dezembro de 2023, através da Plataforma Digital do evento e do Microsoft Teams. Este póster foi distinguido com **Menção Honrosa**.

Almada, 9 de dezembro de 2023

P' Comissão Organizadora

ANEXO 6 – CERTIFICADO DE EXPOSIÇÃO E DIVULGAÇÃO DE
PÓSTER: CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À
PESSOA COM EQUILÍBRIO CORPORAL COMPROMETIDO



1.º Webinar e Encontro Digital

“Reabilitação e Cuidados Respiratórios”

9 de Dezembro 2023

CERTIFICADO DE PÓSTER

Certifica-se que:

, **Júlia Saraiva,**

, **Gonçalo Rosa,**

Participaram com o póster **“Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Equilíbrio Corporal Comprometido”**, no 1.º Webinar e Encontro Digital da

, que se realizou no dia 9 de dezembro de 2023, através da Plataforma Digital do evento e do Microsoft Teams.

Este póster foi distinguido com o **1.º Prémio – Melhor Póster**.

Almada, 9 de dezembro de 2023

P' Comissão Organizadora



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

ANEXO 7 – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO “CURSO
AVANÇADO DE MASSAGEM TERAPÊUTICA E APLICAÇÃO DE
BANDAS NEUROMUSCULARES”



CERTIFICADO

PROFESSORA DOUTORA [REDACTED] Presidente do Conselho de Direção da Escola [REDACTED] certifica para os devidos efeitos que **Júlia Taveira Saraiva** concluiu, com **18 valores**, o **Curso Avançado de Massagem Terapêutica e Aplicação de Bandas Neuromusculares**, ministrado nesta Escola nos dias 10, 11, 17 e 18 de novembro de 2023, num total de **30 horas de contacto**, sendo creditados **2 ECTS**.

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO:

- Os princípios gerais
- Componentes da massagem e efeitos da massagem
- Técnicas de massagem
- Componente teórico-prática das técnicas de massagem
- Bandas neuromusculares - características, processo de aplicação em diversos contextos clínicos e apresentação de casos clínicos com resultados documentados

Componente prática das técnicas de massagem

- Pressões
- Compressões
- Amassamento
- Fricções
- Drenagem Linfática
- Percussões
- Vibrações
- Roulement e malaxação
- M.T.P.
- Pincé-roulé
- Crioterapia

Bandas Neuromusculares - técnicas de aplicação

Lisboa, 20 de novembro de 2023.

A Presidente do Conselho de Direção



Profª Doutora

